



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
Núcleo de Ciências e Tecnologia
Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente

**UMA DOENÇA SILENCIOSA: AS HEPATITES VIRAIS NA
POPULAÇÃO INDÍGENA WARI', GUAJARÁ-MIRIM, RONDÔNIA**

ROSANA RAMALHO FEITOSA

Porto Velho (RO)
2012

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
Núcleo de Ciências e Tecnologia
Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente

**UMA DOENÇA SILENCIOSA: AS HEPATITES VIRAIS NA
POPULAÇÃO INDÍGENA WARI', GUAJARÁ-MIRIM, RONDÔNIA**

ROSANA RAMALHO FEITOSA

Orientador: Prof. Dr. Ari Miguel Teixeira Ott

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Desenvolvimento Regional e Meio
Ambiente, Linha de Pesquisa em Políticas
Públicas e Desenvolvimento Sustentável,
para obtenção do Título de Mestre em
Desenvolvimento Regional e Meio
Ambiente.

Porto Velho (RO)
2012

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
Núcleo de Ciências e Tecnologia
Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente

ROSANA RAMALHO FEITOSA

**UMA DOENÇA SILENCIOSA: AS HEPATITES VIRAIS NA POPULAÇÃO
INDÍGENA WARI', GUAJARÁ MIRIM, RONDÔNIA**

DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Banca Examinadora

Prof. Ari Miguel Teixeira Ott, Dr.
(Orientador)

Prof^a. Ana Lúcia Escobar, Dr^a.
(Examinadora)

Prof^a. Kátia Fernanda Alves Moreira, Dr^a.
(Examinadora)

Porto Velho, 21 de setembro de 2012

Resultado _____

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação - CIP

616.036-002 F311d	<p>Feitosa, Rosana Ramalho.</p> <p>Uma doença silenciosa: as hepatites virais na população indígena Wari', Guajará Mirim, Rondônia / Rosana Ramalho Feitosa. – Porto Velho, 2012. 84p.</p> <p>Dissertação (Mestrado). – Fundação Universidade Federal de Rondônia, 2012. Orientação Prof. Dr. Ari Miguel Teixeira Ott, Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente.</p> <p>1. Desenvolvimento Regional 2. Hepatite - Rondônia 3. População Indígena - Rondônia I. Título II. Ott, Ari Miguel Teixeira.</p>
----------------------	---

Dedicatória

*Aos meus pais Neuma e José Maria e
meus avós Ilma e Rui pelos esforços
dispensados ao longo de 29 anos.
Vocês fazem parte do que sou...*

AGRADECIMENTOS

A todas as pessoas que gentilmente aceitaram participar desta pesquisa.

A Cleiton Alves dos Anjos pelo companheirismo, participação, incentivo e apoio incondicional a realização deste trabalho, com você tudo se tornou mais real a cada etapa.

Ao meu Professor Orientador e amigo Dr. Ari Miguel Teixeira Ott pela paciência, incentivo e sábios conselhos nos momentos mais difíceis.

A todos os meus professores do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente pelo enriquecimento contínuo proporcionado.

As professoras da banca de avaliação de qualificação, Dr^a Ana Lúcia Escobar e Dr^a Kátia Fernanda Alves Moreira, pelas contribuições fundamentais para a efetivação deste trabalho.

A amiga Sandra Mikelly que aqui compartilhou momentos ruins e bons, nossa amizade foi um presente deste curso.

A Osmarina Alves Galvão Costa e família pela absoluta compreensão e incentivo.

Aos meus amigos de trabalho que sempre auxiliaram no que fosse possível para o término desta pesquisa.

Sobretudo, à minha família pela eterna compreensão de minhas ausências e paciência infinita, sem vocês nada disso teria sentido.

A todos minha sincera gratidão!

Epígrafe

*“O Tamanho da dificuldade é o mesmo
da facilidade”*

(J. Gabriel)

FEITOSA, R.R. **Uma doença silenciosa: as hepatites virais na população indígena Wari', Guajará Mirim, Rondônia.** 2012. Dissertação [Mestrado em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente] – Fundação Universidade Federal de Rondônia – UNIR, Porto Velho, 2012.

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi investigar e descrever o processo de reconhecimento das hepatites pelos participantes da realização do inquérito sorológico para hepatites virais entre os Wari' de Guajará-Mirim, Rondônia. A pesquisa teve abordagem qualitativa e do tipo análise de discurso e documental, com base na Teoria das Representações Sociais, relacionando os dados encontrados com o discurso de cada participante e os registros existentes em trabalhos anteriores acerca do assunto. Os principais instrumentos de pesquisa foram a utilização de roteiro de entrevista com gravador de áudio digital, análise de documentação institucional de órgãos envolvidos e busca em sites de notícias e revistas indexadas. Enfatizou-se a população indígena Wari' e o esforço interinstitucional como foco de trabalho, questionando os achados quanto à comunicação e encaminhamentos realizados. Como principal questão abordou-se os inquéritos sorológicos para hepatites virais nestas populações, visto ser um episódio que reuniu diversos órgãos em um esforço conjunto de solução do problema. Neste sentido, a principal contribuição desta pesquisa é alertar os planejadores e executores de políticas em saúde que as intervenções simplistas e naturalizadas estão fadadas ao fracasso.

Palavras-chave: Hepatites virais; Wari'; Saúde indígena;

FEITOSA, R.R. **A silent disease: viral hepatitis in Indian population Wari ', Guajará Mirim, Rondônia.** 2012. Dissertation [Master's Degree in Regional Development and Environment] – Fundação Universidade Federal de Rondônia – UNIR, Porto Velho, 2012.

ABSTRACT

The objective of this study was to investigate and describe the process of recognition of hepatitis by the participants of the survey serological viral hepatitis among the Wari' Guajará-Mirim, Rondônia. The research was qualitative and the type of discourse analysis and documentary, based on social representations theory, relating the data found in the speech of each participant and the existing records in previous works on the subject. The main research instruments were the use of structured interview with digital audio recorder, institutional analysis of documentation of agencies involved in search and news sites and journals. Emphasized the indigenous population Wari' and the institutional focus and effort of work, questioning the findings regarding communication and referrals. As the main issue addressed up Serologic studies for viral hepatitis in these populations, as it is an episode that brought together various agencies in a joint effort to solve the problem. In this sense, the main contribution of this research is to alert planners and executors of policies on health interventions simplistic naturalized and are doomed to failure.

Keywords: Viral Hepatitis; Wari '; Indigenous health;

LISTA DE SIGLAS

CEPEM – Centro de Pesquisa em Medicina Tropical
CESIR – Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia
CIMI – Conselho Indigenista Missionário
DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena
FUNAI – Fundação Nacional do Índio
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
LACEN – Laboratório Central
LAFRON – Laboratório de Fronteira
HBV – Sigla em inglês do vírus da hepatite B
HCV – Vírus da hepatite C
HDV – Vírus da hepatite D
NUVEPA – Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Ambiental
OMS – Organização Mundial de Saúde
PNASPI – Programa Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas
PNVH – Programa Nacional para o Controle e a Prevenção das Hepatites

Virais

SEMUSA – Secretaria Municipal de Saúde
SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena
SINAN – Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SUS – Sistema Único de Saúde
SPI – Serviço de proteção ao Índio
UF – Unidade de Federação

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Pirâmide etária de Guajará-mirim, segundo censo demográfico 2010.	10
Figura 2 – Mapa do Estado de Rondônia e divisas.	30
Figura 3 – Mapa das terras indígenas em Rondônia.	35
Figura 4 – A tríade ecológica do modelo multicausal.	62
Figura 5 – Distribuição espacial do Distrito Sanitário Especial Indígena.	67
Figura 6 – Organização do modelo assistencial de saúde indígena.	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Unidades de saúde existentes em Guajará-Mirim, segundo CNES, 2011.	10
Tabela 2 – Casos confirmados de hepatites virais por UF e Classificação etiológica notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Período: 2011	29
Tabela 3 – Comparativo entre a notificação da NUVEPA no SINAN-W, segundo raça e relatório nominal, 1999 a 2006, Guajará-Mirim.	53
Tabela 4 – Casos identificados no relatório referente ao inquérito de 2005, comunicados pela NUVEPA ao CIMI.	54

SUMÁRIO

CAPÍTULO I

1. INTRODUÇÃO	01
1.2 OBJETIVOS	05
1.2.1 Objetivo Geral	05
1.2.2 Objetivos Específicos	05
1.3 JUSTIFICATIVA	06
1.4 METODOLOGIA	08
1.4.1 Tipo de Estudo	08
1.4.2 Local de Estudo	09
1.4.3 Critérios de Inclusão e Exclusão	11
1.4.4 Coleta de Dados	11
1.4.5 Teoria das Representações Sociais como suporte de análise	14
1.4.6 Aspectos Éticos da Pesquisa	19

CAPÍTULO II

2.1 UM BREVE HISTÓRICO SOBRE AS HEPATITES VIRAIS	20
2.1.1 A Hepatite B	21
2.1.2 A Hepatite C	24
2.1.3 A Hepatite D	26
2.2 HEPATITES VIRAIS NO BRASIL	27

CAPÍTULO III

3.1 UM BREVE HISTÓRICO SOBRE OS WARI'	32
3.1.1 Uma breve passagem sobre a XI Assembléia OroWari'	36
3.2 ESTUDOS SOBRE AS HEPATITES VIRAIS EM POPULAÇÕES INDÍGENAS	38

CAPÍTULO IV – ATORES SOCIAIS E SUAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE HEPATITES

4.1 O CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO – CIMI	42
---	----

4.2 A SECRETARIA DE SAÚDE DE GUAJARÁ-MIRIM E O NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL/NUVEPA	50
4.3 O CENTRO DE ESTUDO EM SAÚDE DO ÍNDIO DE RONDÔNIA – CESIR	56
4.4 A PARTICIPAÇÃO DO CENTRO DE PESQUISA EM MEDICINA TROPICAL	60
4.5 AÇÕES DO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL EM RONDÔNIA NO CASO DAS HEPATITES VIRAIS DO VALE DO GUAPORÉ	63
4.6 A FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE E SECRETÁRIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA	65
CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
<i>RECOMENDAÇÕES FINAIS</i>	72
REFERÊNCIAS	73
ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao Participante	83
ANEXO 2 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos	85

CAPÍTULO I

1. INTRODUÇÃO

No cenário nacional, as populações indígenas representam não apenas as raízes do Brasil e sua formação. Elas refletem, também, o símbolo de resistência de um período de sofrimento histórico, de dizimação: uma realidade social que reforça a responsabilidade do país com a preservação de suas terras e modo de vida.

Os resultados do contato entre índios e brancos são conhecidos e deixaram marcas permanentes nestas populações. A exposição às doenças com consequente mortalidade, a subserviência aos aparatos estatais, à exploração de mão de obra em condições análogas a escravidão, as mudanças de hábitos e costumes, as violências e preconceitos de toda ordem frente ao outro, ao diferente, são apenas alguns exemplos (RIBEIRO, 1986).

Na Amazônia, mesmo com a localização distante do litoral brasileiro, foco dos primeiros contatos entre indígenas e brancos, estas consequências não foram diferentes. Apenas foram retardadas em virtude da penetração tardia do capitalismo, dos interesses de desenvolvimento econômico e do “risco-benefício” de se adentrar e explorar a rica e densa floresta (FOOT-HARDMAN, 1988).

Os contatos iniciados ainda no Brasil colônia, trouxeram consequências severas no campo da saúde às populações indígenas, com a disseminação de doenças ainda desconhecidas por estes povos, em especial as parasitárias e infectocontagiosas, de fácil transmissão e sem qualquer recurso para o tratamento. Mesmo com a carência de dados sobre inquéritos de saúde de diversas populações, as pesquisas apontam em geral para dados preocupantes com relação às doenças transmissíveis e, atualmente, o aumento do número de doenças crônico-degenerativas (SÁ, 2003).

O aumento populacional por migração após a descoberta do látex na Amazônia, e sua necessidade econômica nacional de extração, fez com que o “homem branco” mantivesse contato constante com os índios, amistoso ou não. Sabe-se que a invasão de terras e pobreza disseminada entre as aldeias, leva muitos índios a frequentarem as cidades próximas, envolvendo-se muitas vezes

com problemas sociais e de saúde, como o uso de álcool e outras drogas e violência.

As alterações do meio ambiente associadas às mudanças nos padrões de comportamento alimentar, exposição a novas doenças e precárias condições sanitárias, faz com que as populações tradicionais estejam mais sensíveis às modificações que influenciam diretamente o seu modo de vida.

Mesmo sob as atuais condições políticas de proteção, muitas aldeias ainda sobrevivem sob ameaça constante de madeireiros, grileiros e garimpeiros, que invadem suas terras e fogem ao controle da fiscalização que também é escassa, frente ao número insuficiente de funcionários e as dificuldades de acesso (PEDLOWSKI *et. al.*, 2001).

Os povos indígenas habitantes do Estado de Rondônia vivem esta realidade. Diversas etnias como os Cinta Larga, Suruí, Karitiána, Wari' passam por conflitos intrinsecamente ligados a uma ou mais destas atividades que não raro resultam em perdas de vidas humanas. Assim, como historicamente vem sendo registrado, a luta pela terra continua a ser um dos principais motivos para a disputa entre brancos e índios. Não apenas para o loteamento e derrubada de grandes áreas para pastagem e agricultura, mas também porque muitas dessas áreas reservam pedras preciosas e madeiras nobres.

Pelo interesse econômico, muitos garimpeiros se aventuram para extração de pedras preciosas, e quando não compartilhado de interesses em comum, há relatos de confrontos e assassinatos de índios e de garimpeiros dentro das reservas (ISA, 2004; FUNAI, 2004; GARIMPEIROS, 2004; ÍNDIOS, 2010).

Além disso, este contato permanente entre brancos e índios expõe cada vez mais o indígena aos diversos agravos em saúde. Estas situações são muitas vezes denunciadas principalmente por entidades não governamentais e religiosas e, eventualmente, ganham os noticiários nacionais e internacionais (CIMI, 2007a; 2007b; 2008; 2010; 2011)

A situação de saúde das diversas populações indígenas no Estado de Rondônia indica que elas estiveram expostas, primariamente, às doenças infectocontagiosas introduzidas pelo contato com o homem branco. Modernamente, assumem um novo perfil com o aumento crescente das doenças crônico-degenerativas, associadas à exposição dos índios aos novos comportamentos. Contudo, não se observa diminuição quanto às moléstias contagiosas e melhora da

qualidade de vida, conforme relatado em trabalhos como Coimbra Jr. & Santos (2000). Segundo Ferreira *et al* (2006, pg. 231):

As condições sanitárias e nutricionais precárias, assim como o contato com populações não nativas, levaram à adoção de novas práticas culturais por parte dos indígenas brasileiros, assim como a uma maior exposição desses povos às doenças infecciosas.

Mesmo com toda a sensibilização gerada pelo reconhecimento do governo com a responsabilidade social de um passado devastador para estas populações, verifica-se que as ações para proteção do índio, ainda são insuficientes. Aos aspectos epidemiológicos, somam-se as percepções que a população migrante tem sobre o índio como preguiçoso, descuidado, de pouca higiene ou de atos primitivos, cooperando para a atual fragilidade de acompanhamento desta situação. Ao mesmo tempo, fomenta o desinteresse da sociedade com a preservação cultural destes povos.

As intervenções do governo brasileiro em Rondônia foram marcantes para estas populações autóctones. Desde a construção da ferrovia Madeira-Mamoré, no início do século XX, à construção das hidrelétricas de Santo Antonio e Jirau, no começo do século XXI, provocaram migração intensa, impactando direta ou indiretamente os povos indígenas. Estes projetos, ancorados no interesse político-econômico nacional, não poderiam resultar em outra coisa senão em exposição às novas doenças e conflitos pela defesa da terra.

Várias denúncias de indígenas e entidades ligadas a estas populações, a exemplo do CIMI, apontam para grandes falhas na antiga gestão e que permanecem nos anos mais recentes. Os problemas de saúde mais comuns entre os indígenas continuam sendo a malária, as infecções respiratórias, diarreias, parasitoses e doenças gastrointestinais. A tuberculose, também tem sido um problema recorrente, algumas vezes em suas formas resistentes (ESCOBAR *et al.*, 2003; SÁ, 2003).

O Conselho Indigenista Missionário - CIMI denuncia ainda o aumento crescente de casos de hepatite B e C entre os indígenas, em especial entre as populações Wari', tendo sido registrado em menos de dois anos, quatro óbitos entre 2008 e 2010. Segundo o CIMI, entre os anos de 1994 e 2005, foi realizada a notificação de 40 casos positivos da doença e o óbito de nove pessoas. A FUNASA teria realizado um inquérito encerrado em 2009, com o objetivo de identificar os portadores de

Hepatite B e C, embora por diversos problemas e dificuldades, não apresentou encaminhamento efetivo a situação (CIMI, 2010).

De acordo com o Censo de 2010, 0,4% da população brasileira se auto declarou indígena, o equivalente a 810 mil pessoas, com aumento significativo de residentes em áreas urbanas, e presença marcante destas populações na região norte do país. Em números absolutos, a maior população autodeclarada indígena no país reside no Estado do Amazonas. O Censo de 2010 acrescentou novos critérios como o pertencimento étnico, língua falada e localização geográfica na pesquisa, contudo, esta divulgação específica está prevista para o ano de 2012 (IBGE, 2012a).

Modo geral, pode-se afirmar que a população migrante considera os povos indígenas como obstáculo ao desenvolvimento, por não apresentarem mais os estereótipos clássicos: viver na selva (donde deriva a concepção de silvícola), andar nu, ou pintados com urucum e jenipapo, usar adereços de penas e dentes de animais. Um índio elegantemente vestido, dirigindo uma caminhonete, falando ao celular, reivindicando seus direitos escapa a compreensão dos rondonienses e rondonianos.

Pela conotação econômica assumida pelo termo desenvolvimento, ficam esquecidos outros aspectos que caracterizam também a riqueza de um país, como a sua pluralidade cultural e o convívio entre os diferentes povos, restando apenas às diferenças entre as classes.

Como dito por Hermet (2002), “os significados culturais tornam-se escassos onde os valores de consumo aparecem”, ressaltando a priorização da economia frente a qualquer outro aspecto do desenvolvimento. E, conseqüentemente, o benefício dos mais ricos frente aos mais pobres.

É possível visualizar as tentativas de construir relações entre os indígenas e não indígenas, como por exemplo, o surgimento dos Fóruns, dos Conselhos Indígenas de Saúde, os grupos de trabalho e seminários que de alguma forma tentam aproximar as diversas instituições que tratam das políticas voltadas aos indígenas, que levantam estas problemáticas relacionados à terra, saúde e ao meio-ambiente.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

O objetivo geral deste trabalho foi descrever o processo de reconhecimento das hepatites virais pelos atores sociais participantes do inquérito sorológico para hepatites virais entre os Wari' de Guajará-mirim, Rondônia.

1.2.1 Objetivos Específicos

- ✓ Relatar os encaminhamentos realizados para controlar o aumento do número de casos de Hepatites entre os Wari';
- ✓ Descrever a interação entre as instituições envolvidas no processo de diagnóstico, reconhecimento e tratamento das hepatites virais entre os Wari';
- ✓ Enumerar as dificuldades encontradas no processo de identificação dos casos positivos da doença;
- ✓ Evidenciar as representações dos atores sociais das instituições envolvidas no processo de construção dos inquéritos sorológicos para identificação das hepatites virais na população Wari'.

1.3 JUSTIFICATIVA

O desenvolvimento contínuo de uma região deve também observar as características de seu povo, para que haja aplicabilidade efetiva das premissas que o norteiam. No caso da região Amazônica, há que se observar como integrar os povos indígenas dentro desta dinâmica, respeitando seus costumes, e valorizando os trabalhos realizados, enquanto parte integrante da história cultural e também gerando oportunidades que garantam recursos para a sobrevivência.

Desta forma é fundamental que os critérios que atualmente direcionam a atenção à saúde dos povos indígenas, sejam de fato aplicados e fiscalizados pela sociedade, para garantir sua continuidade.

Para isso é imprescindível que as diversas instituições voltadas ao trabalho com saúde indígena e até mesmo outras áreas, estabeleçam um processo contínuo de comunicação com a participação direta das populações interessadas. Somente assim será possível trabalhar com as realidades vivenciadas que refletem populações que mesmo entre si, possuem tradições e são culturalmente diferenciadas.

Assim, estaremos também fortalecendo a saúde coletiva regional, seguindo aquilo que desde 1988 está amparado pela Constituição Federal, e elencado nos princípios e diretrizes que forma o Sistema Único de Saúde - SUS.

Sabe-se que os custos atuais de atendimentos por demanda de alta complexidade, absorvem grandes parcelas de recursos destinados à saúde, gerando ônus significativos ao governo e, por conseguinte, aos impostos repassados diretamente à população. A prevenção e promoção de saúde são pontos-chaves para a manutenção da saúde pública, e orientadas para a formulação de programas governamentais, diminuem as necessidades de internação e procura por serviços terciários de atendimento, conforme deve ser direcionado pelos DSEI's. Muitas vezes, as orientações e ações realizadas, quando bem planejadas, são efetivas ao seu propósito.

Em Rondônia, estes serviços de atendimento primário são ofertados dentro das aldeias e em algumas comunidades mais carentes como as ribeirinhas. Porém, a demanda se sobrepõe a oferta e verifica-se a carência de profissionais permanentemente nestes lugares, alta rotatividade, falta de equipamentos e

medicações, conhecimento insuficiente para lidar com culturas diferentes, falta de compromisso por parte de alguns e pouco treinamento entre outros problemas operacionais.

A falta de tratamento adequado e identificação prévia da patologia dentro das aldeias e das comunidades, muitas vezes levam o indivíduo tardiamente às cidades em busca de cura, que dependendo da complexidade do agravo apresentado, este é encaminhado aos serviços hospitalares. E a realidade atual, mostra que mesmo as pessoas que vivem na capital do Estado de Rondônia, encontram dificuldades para atendimento nestes serviços, em função de sua superlotação e diversos outros problemas, como a exemplo da própria qualificação e aperfeiçoamento do profissional que executa o atendimento.

A carência de tratamentos adequados e outros problemas pertinentes à saúde em Rondônia aumentam os gastos públicos com a demanda, influenciando diretamente os cofres do governo e a economia do Estado.

Desta forma, para o avanço do desenvolvimento no Estado se observa a necessidade da participação da sociedade, através de suas entidades representativas, para a formulação de ações que atendam também as necessidades mais básicas da população, como moradia, saúde, educação, geração de emprego, transporte e segurança. Em especial a saúde, ações para a promoção, proteção e prevenção, bem como o direcionamento correto dos recursos e que de fato sensibilizem a população quanto a sua necessidade.

Cabe ao governo e também a população a responsabilidade pela preservação e a busca de alternativas que promovam o desenvolvimento regional com a minimização dos impactos e a melhora da qualidade de vida de todos.

1.4 METODOLOGIA

1.4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de pesquisa qualitativa, de caráter retrospectivo. A investigação resgata o processo de reconhecimento das hepatites virais entre os Wari' do Vale do Guaporé, Rondônia.

O método qualitativo pode ser definido como aquele que quer entender como o objeto de estudo acontece ou se manifesta. As pesquisas que trabalham a abordagem qualitativa são contrárias aos pressupostos da pesquisa experimental, que segundo Chizzotti (2006), defende um padrão único de pesquisa para todas as ciências, com base no modelo de estudo das ciências da natureza. Observa ainda que, a pesquisa qualitativa parte da relação dinâmica entre o sujeito e o mundo real, sua interdependência, como em um vínculo indissociável entre “o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito”. Os dados coletados não são isolados, ou assumem características imutáveis, mas fluem de um contexto de relações reconhecidas como “fenômeno” que não se delimitam as percepções aparentes, mas se manifestam em uma complexidade de revelações, ocultamentos e de oposições.

Em pesquisa qualitativa procura-se observar e compreender as experiências vivenciadas pelo outro, as representações que manifestam e os conceitos que elaboram. Estes conceitos e experiências relatadas ou manifestadas são o centro da análise do pesquisador.

Em grande parcela, os estudos qualitativos são realizados no local de origem dos dados, o que permite ao pesquisador inter-relacionar os fenômenos e o local de acontecimento, o ambiente. De acordo com Neves (1996), a pesquisa “supõe um corte temporal-espacial de determinado fenômeno por parte do investigador”, o que neste caso aplica-se aos determinantes para a realização do inquérito sorológico de 2005, ou seja, ao ano de conhecimento oficial dos primeiros casos da doença.

Com características de raciocínio indutivo esta pesquisa relativiza o fato de estar fundamentada sobre os dados de campo, estudando individualidades a fundo e colecionando informações que, progressivamente, levaram a um entendimento plausível, assim como orienta Turato (2005).

Dentro das características da pesquisa qualitativa, este trabalho se utilizou da propriedade exploratória e descritiva, com base na observação e da análise de pesquisa documental, em consonância com Neves (1996).

1.4.2 Local de Estudo

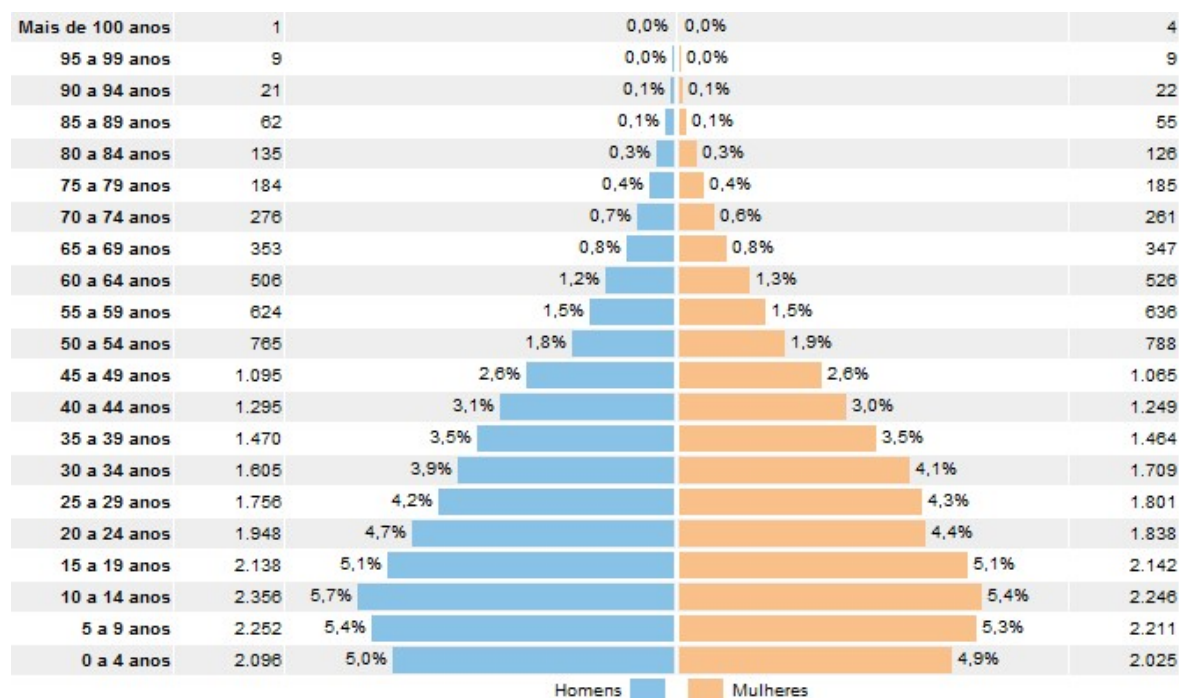
Foram realizadas entrevistas nos locais relacionados ao desenvolvimento do inquérito sorológico para hepatite viral em Guajará-Mirim. São eles: Hospital Regional de Guajará-Mirim, sede do Conselho Indigenista Missionário (CIMI/ regional de Guajará-Mirim), Secretaria Municipal de Saúde de Guajará-Mirim e no Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Ambiental (NUVEPA). Em Porto Velho os locais de abordagem do estudo foram o Centro de Pesquisa (CEPEM), o Ministério Público Federal - 6ª Câmara (MPF) e o Centro de Estudos em Saúde do Índio da Universidade Federal de Rondônia e Fundação Nacional de Saúde em Porto Velho.

Localizado a cerca de 320 Km da capital do Estado de Rondônia, o município de Guajará-mirim possui área de 24.856 Km², e segundo o censo 2010, conta com 41.656 habitantes, com densidade demográfica de 1,68 hab/Km². Naquele ano a população concentrava-se em maioria urbana (84,5%). Da população residente 50,3% eram do sexo masculino e 49,7% do sexo feminino (IBGE, 2012b).

O Município de Guajará-mirim foi criado em 10 de abril de 1929, pelo Governo do Mato Grosso, através da Lei nº 991 e passou a compor em 13 de setembro de 1943, o então Território Federal do Guaporé, por meio do Decreto-Lei nº 5.812 (IBGE, 2012b).

Limita-se ao norte com o município de Nova Mamoré e Campo Novo de Rondônia, ao sul com Costa Marques e República da Bolívia, a leste com São Miguel do Guaporé e Governador Jorge Teixeira e a oeste com a República da Bolívia.

Dos 41.656 habitantes observa-se a pirâmide etária de Guajará-mirim (Figura 1), composta por uma base de número de indivíduos jovens, o que mostra que a taxa de natalidade é elevada. Além disso, o índice de idosos na população é pouco expressivo, o que sugere que a expectativa de vida no município ainda é baixa.

Figura 1 - Pirâmide etária de Guajará-mirim, segundo censo demográfico 2010.

Fonte: IBGE, 2012b

Com relação aos serviços de saúde, no ano de 2011, o município de Guajará-mirim contava com 39 unidades de saúde, equipadas para o atendimento de baixa e média complexidade (Tabela 1).

Tabela 1 – Unidades de saúde em Guajará-mirim, segundo CNES, 2011

NOME	QTDE
Posto de Saúde	14
Centro de Saúde/Unidade Básica	5
Hospital Geral	3
Consultório Isolado	5
Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (Sadt Isolado)	7
Unidade Móvel Terrestre	1
Unidade de Vigilância em Saúde	1
Laboratório Central de Saúde Publica Lacen	1
Secretaria de Saúde	1
Centro de Atenção Psicossocial	1
TOTAL	39

Fonte: CNES, 2011

Assim, conta com equipamentos de diagnóstico por imagem (raios-x e ultrassom), de infraestrutura (gerador de energia), equipamentos odontológicos,

além de equipamentos para a manutenção da vida (berço aquecido, desfibrilador, equipamento de fototerapia, incubadora, monitor de ECG, reanimador pulmonar, respirador/ventilador), equipamentos de métodos gráficos (eletrocardiograma), entre outros (MOREIRA *et. al.*, 2008).

Em trabalho realizado por Escobar *et. al.* (2001) foi relatado que cerca da metade dos casos de tuberculose entre indígenas notificados em Rondônia originaram-se em Guajará-mirim.

Segundo o diagnóstico local da região de Guajará-mirim realizado em 2008 por ocasião do Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS Fronteira, os casos de hepatites virais foram os de maior incidência no município (32,19%), apresentando crescimento significativo de quase 500% nos últimos anos, com um total de 497 casos notificados entre os anos de 2001 e 2006 (MOREIRA *et. al.*, 2008).

1.4.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

Participaram do estudo, as pessoas envolvidas na gestão dos inquéritos sorológicos de 2005 e 2007, que aceitaram por meio de aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao Participante (ANEXO 1). São eles representantes que conforme previsto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos tiveram os nomes mantido em sigilo, assim como a documentação que foi entregue, por livre e espontânea vontade.

Aqueles que não estiveram relacionados à gestão do processo, ou que optassem pela não participação, foram automaticamente excluídos.

1.4.4 Coleta de Dados

Os dados foram coletados na cidade de Porto Velho (capital de Rondônia) e Guajará-Mirim (município de Rondônia). Em parte, trata-se de documentos produzidos pelos diversos atores sociais envolvidos ao longo do processo que alavancou o inquérito sorológico para hepatites virais em 2005, o transcorrer do processo, o envolvimento de novas instituições e o novo inquérito iniciado em 2007.

No dia 13 de junho de 2011 foi realizado na sala do Mestrado em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente o seminário “Saúde Indígena em Rondônia” que objetivou discutir a atual situação da saúde das diversas populações indígenas no Estado de Rondônia. Para tanto, participaram do seminário um representante do Conselho Indigenista Missionário – CIMI, e na época a Diretora Interina da Secretária Especial de Saúde Indígena – SESAI/Rondônia. Este momento foi utilizado para a apresentação inicial do projeto aos representantes e demais alunos e professores do programa.

A coleta de dados aconteceu em duas etapas. A primeira ocorreu entre os dias 07 e 11 de novembro de 2011, quando foram conhecidas as instituições envolvidas no processo e identificar os participantes em potencial, que estavam nestas instituições no período de ocorrência dos inquéritos. Alguns documentos iniciais foram obtidos neste primeiro momento, e posteriormente, os participantes reuniram o maior número possível de documentos relacionados ao processo em questão.

A segunda etapa foi realizada entre 07 a 12 de maio de 2012, com a coleta dos documentos e a realização de entrevista gravada em aparelho de voz digital *Sony* e posterior transcrição.

Segundo Chizzotti (2006) algumas pesquisas qualitativas não descartam a utilização de dados quantitativos encontrados em campo na etapa exploratória, ou ainda, nas etapas em que estes dados podem assumir uma relação mais extensa entre fenômenos. Desta forma, este trabalho identificou dados de caráter epidemiológico por meio da coleta de dados na Secretaria Municipal de Saúde e no Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Ambiental de Guajará-mirim (NUVEPA), que descrevem os resultados dos inquéritos, os mesmo alimentaram o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

O SINAN é alimentado através da notificação de casos de doenças de notificação compulsória que estão previstos na Portaria GM/MS/nº 2325 de 08 de dezembro de 2003. A Ficha Individual de Notificação (FIN) é preenchida pelas unidades quando da suspeita de existência destas doenças. Posteriormente, a ficha é encaminhada ao serviço de vigilância, neste caso, à NUVEPA, que semanalmente remete os dados a Secretária Estadual de Saúde (SES), e esta, por sua vez, quinzenalmente, deve encaminhar os resultados a Secretária de Vigilância Sanitária (SVS), de acordo com cronograma pré-estipulado (SVS, 2012).

Após a observação dos cenários epidemiológicos no país, a versão inicial do Sinan (Sinan-DOS) de 1993 foi substituída pelo Sinan-Windows em 1998 e pelo Sinan-NET em 2006, que permanece atualmente utilizado pelas redes de atenção, com oferta de notificação para 45 agravos.

Dado que o inquérito sorológico ganhou destaque após as denúncias públicas realizadas pelo Conselho Indigenista Missionário – CIMI, foram também utilizadas como fontes de informação: as reportagens no site do Conselho, Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), e de meios de comunicação local e estadual.

Pelas características burocráticas das instituições públicas observa-se a geração de grande quantidade de documentos para o registro das informações e comunicação interinstitucional. Na consulta e leitura dos documentos encontrados e cedidos pelas Instituições que participaram desta pesquisa, a análise concentrou-se nos documentos que apresentavam indícios, na linguagem, objeto ou forma de que constam para melhor revelar as representações dos atores sociais envolvidos.

Além de uma descrição, esta dissertação efetua uma análise das relações interinstitucionais no que se refere aos esforços empreendidos na busca de um determinado objetivo em comum, como a identificação dos casos positivos para hepatites virais entre os Wari', bem como os encaminhamentos realizados após este procedimento inicial.

Assim, o modelo de análise adotado por este trabalho toma como ponto inicial os principais atores sociais envolvidos no processo de gestão e as representações sociais sustentadas por ele. Uma vez identificados, torna-se necessário compreender as motivações de seus comportamentos diante do problema em questão.

Desta forma, participaram deste estudo cinco pessoas envolvidas diretamente na gestão do processo de desenvolvimento do inquérito sorológico para hepatites virais. Enquanto gestor, estes determinaram as diretrizes para a aplicação dos inquéritos.

Por razões metodológicas, os participantes foram enumerados para melhor visualização dos dados no transcorrer das descrições, além de preservação do anonimato conforme recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas envolvendo seres humanos (CNS, 1996).

- Participante 1: CIMI, missionário, médico

- Participante 2: Enfermeira, Diretora NUVEPA em 2005 e atual Secretária Municipal de Saúde
- Participante 3: Psicóloga, Coordenadora Programa de DST/AIDS e Hepatites virais, NUVEPA
- Participante 4: CESIR, Coordenação, Médica
- Participante 5: CEPEN, Coordenação, Médico

As representações sociais estão consubstanciadas em discursos que, submetidos à análise, revelam sistemas de valores e conjuntos de significados de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas. Ou seja, não se procederá a análise de discurso nos moldes preconizados pela lingüística, mas à análise de conteúdo, destacando a finalidade e a relação entre quem pronuncia (ou escreve) e a quem se dirige o discurso. Enquanto fenômenos sociais, os discursos escritos têm os seus sentidos ocultos e, ao analista, através da interpretação resta o consolo de desvelar um dos sentidos possíveis.

1.4.5 A Teoria das Representações Sociais como suporte de análise

O termo “Representação Social” teve o conceito fundado por Serge Moscovici em sua obra publicada na França em 1961, intitulada *La psychanalyse: Son image et son public*, traduzida para o português como “A Representação Social da Psicanálise” (JODELET, 1989). Serge Moscovici trabalhou com textos de imprensa e também com a realização de entrevistas, sendo posteriormente seguido por outros autores como Denise Jodelet em estudo a respeito do corpo, Herzlich que trabalhou com as concepções de saúde e doença e Milgran que focou os mapas mentais das cidades de Paris e Nova York. Estes procuraram compreender as Representações Sociais enquanto um esforço de construção de um saber, em que o homem manifesta “sua capacidade inventiva para assenhorar-se do mundo”, utilizando de entrevistas com roteiros abertos, ainda que contivesse tema-indutor ou palavra geradora (SOUZA FILHO, 1989)

Com este trabalho o referido autor tentaria expor ao leitor a compreensão da psicanálise fora dos grupos especializados e fechados, com disseminação pelos meios de comunicação o que atingiu outros grupos populares, e desta forma, foi capaz de somar um novo significado social referente a esta ciência (ALEXANDRE, 2004).

Com raízes nas teorias durkheiminiana, Moscovici modificou a forma de compreender a interação do indivíduo com a realidade social, quando diferentemente do primeiro, ampliou a importância do indivíduo para a formulação desta identidade, pois descartou a ideia de que o conhecimento do ser humano estaria totalmente condicionado à experiência social. Ou seja, este seria o principal fator de formulação do pensamento organizado, através do que foi chamado de “Representações Coletivas”, que segundo Alexandre (2004) identificava o conjunto de crenças e conhecimentos impostos pela sociedade ao indivíduo.

Ao trazer este termo para a Psicologia Social, Serge Moscovici renovou a compreensão do ser humano, enquanto um ser social capaz de interagir com seu meio, influenciá-lo e ser influenciado por ele, remodelando as ideias empregadas por Emile Durkheim em seu conceito de Representação Coletiva. Esta teorizou que as categorias básicas do pensamento teriam origem na sociedade e que o conhecimento só poderia ser encontrado pelo homem na experiência social, ou seja, o homem não teria papel ativo na construção da sociedade e esta seria imposta a ele (DURKHEIM, 1999; ALEXANDRE, 2004).

Com características mais abrangentes e talvez até mais democrática, a Representação Social apresentada por Moscovici, outorgou ao homem a participação enquanto ser social, com papel ativo na criação da sociedade e desta também para com este. Assim, Denise Jodelet (1989) enfatiza que este conhecimento torna-se socialmente elaborado e compartilhado sem retirar a importância do contexto histórico em que o mesmo está inserido, o que justifica a fluidez de um determinado conceito em momentos históricos distintos. Um conhecimento que não é tratado enquanto linear e estático ao ser humano.

Apesar das referências de diversos autores quanto ao conceito de Representações Sociais, há que se considerar que o mesmo ainda encontra-se em processo de formação, assim como esta delineada a própria teoria em si. Contudo, consideraremos aqui o conceito de acordo com Sá (1993), em que o termo Representações Sociais *“designa tanto um conjunto de fenômenos quanto o*

conceito que os engloba e a teoria construída para explicá-los, identificando um vasto campo de estudos psicossociológicos”.

A teoria das representações sociais fundamenta do ponto de vista teórico as discussões, ancorando os dados empíricos. O ponto de partida é o fato de que as hepatites, conforme discutida mais a frente são doenças virais com etiologia, patogenia e prognósticos bem definidos. Do ponto de vista biomédico, portanto, há um conhecimento estabelecido e hegemônico. Mas, do ponto de vista das políticas públicas para seu controle, este conhecimento é insuficiente, principalmente, no que se refere às comunidades indígenas.

Do termo representação social compreende-se um conjunto de conceitos, explicações ou afirmações que se originam diariamente durante os relacionamentos sociais, a respeito de uma situação, objeto, pessoas ou grupos, para torná-lo próximo e reconhecido, ou seja, familiar ao indivíduo ou grupo (SÁ, 1998). É necessário esclarecer de antemão que se buscou estudar, de um lado, como os atores sociais envolvidos no processo de identificação das hepatites virais representam sua atuação mediante a doença hepatite, seu próprio sistema de saúde, o sistema biomédico, sua adequação ao atendimento de populações diferenciadas sócio-culturalmente e o olhar que a seu respeito tem os gestores da área de saúde. De outro lado, as representações sociais que estes profissionais constroem acerca da participação das outras instituições neste processo de atendimento a saúde indígena.

Desta forma, conforme proposto por Herzlinch (1991), uma representação social deve permitir compreender por que determinados problemas se sobressaem numa sociedade, neste caso como as hepatites virais tornaram-se um problema grave de saúde entre os Wari', e ainda esclarecer alguns aspectos de sua apropriação pela sociedade, como os conflitos que se desenrolam entre os diferentes grupos de atores, neste caso as diferentes instituições que participaram do processo de reconhecimento deste problema na população indígena Wari'.

Desta forma serve para alertar aos gestores da importância de reconhecimento sociocultural da população envolvida neste processo. Segundo Alexandre (2004), é comum que os estudos teóricos quase sempre isolem o indivíduo de seu contexto sociocultural e histórico, o que facilmente, limita a resolução de problemas que afetam as populações de países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento.

Em relação à aplicabilidade em campo das representações sociais, Souza Filho (1993) afirma que implica em dizer que por um lado consistem em demonstrar a partir de vários materiais, tais como, linguagem, discurso, práticas, textos, desenhos etc., e de outro permite observar sua representação na conduta. A iniciativa tomada por Moscovici pretendia resgatar três dimensões importantes da Psicologia Social: primeiro, reincluir as interações grupais como variáveis importantes para a explicação dos fenômenos psicossociais; segundo, atribuir às representações simbolismos complexos; terceiro, enfatizar o papel do sujeito enquanto fundamental para o desenvolvimento dos conceitos destes sistemas simbólicos.

De acordo com Jodelet (1989) a representação social é sempre a representação de alguma coisa ou de alguém, portanto, as características do sujeito terão incidência sobre a forma como ela se manifesta. Afirma ainda que, a representação social está para o seu objeto numa relação de simbolização, ou seja, lhe confere significação.

Jodelet & Madeira (1998) afirmam que se torna cada vez mais necessário a busca de métodos e modelos que facilitem a compreensão da conduta humana *“apreendendo-a em suas dimensões cognitiva, afetiva, simbólica e imaginária”*.

Para Moscovici (1984), existem na sociedade dois tipos de universos distintos de pensamento, o reificado e o consensual. O primeiro refere-se ao mundo da ciência, das teorizações que dela advém, é aquele que por vezes não nos é familiar; o segundo refere-se ao senso comum e pode ser encontrado facilmente no dia-a-dia, onde se constrói as representações sociais, a partir das pressões e contradições sociais.

No que se refere ao registro e transcrição do material, os que seguem esta linha de abordagem teórica preferem seguir as regras da pesquisa empírica objetiva. Assim, necessita-se escrever minuciosamente os dados coletados, a fim de realizar inferências textuais (SOUZA FILHO, 1989).

A coleta de dados pode ser feita através de inúmeras técnicas como: entrevistas, dramatização, associação de palavras, desenhos, observação participante, dados censitários e de opinião, prontuários de pacientes, história oral, grupos focais, contanto que permitam o compartilhamento de ideias e imagens (MOSCOVICI, 1984).

A este respeito Alexandre (2004) observa que é importante investigar as origens e a quantidade de informações vinculadas num grupo ou comunidade, sobre

aquilo que se pretende investigar, bem como observar o conjunto de ideias dominantes utilizados pelos participantes.

No estudo dos determinantes do processo saúde-doença no âmbito coletivo as abordagens sociais, culturais e comportamentais são duplamente importantes. Por um lado, permitem compreender os diversos aspectos do processo em si e, por outro lado, têm implicações concretas sobre a eficácia dos procedimentos de controle e sobre a efetividade dos programas e políticas públicas de enfrentamento do problema.

Isto significa que as hepatites que adoecem as populações indígenas do Vale do Guaporé não são apenas um problema médico. Se assim fosse poderia ser resolvido por meio de uma intervenção técnica reconhecida na comunidade científica. Cada ator social vale dizer, cada instituição envolvida com o problema, representou e interpretou diferentemente o mesmo fenômeno biomédico.

Assim, foram identificados os seguintes núcleos e categorias representativas:

- O Conselho Indigenista Missionário (CIMI), que ancorou a questão no campo das disputas políticas;
- A Secretaria Municipal de Saúde de Guajará-Mirim (SEMSAU) e o Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Ambiental (NUVEPA), que ancorou a questão no campo burocrático;
- O Centro de Estudos da Saúde do Índio de Rondônia (CESIR), que ancorou a questão no campo científico;
- O Centro de Pesquisa em Medicina Tropical (CEPEM), que ancorou a questão no campo biomédico;
- O Ministério Público Federal (MPF), que ancorou a questão no campo jurídico;
- A Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e a Secretaria de Saúde Indígena (SESAI/MS), responsáveis institucionais pela formulação e controle das políticas de saúde, que ancoraram a questão na interseção destes múltiplos campos.

Segundo Ferreira & Brum (2000) o solo das representações sociais é a interação social, espaço onde ocorrem as relações com os outros. Assim, acredita-se que a formulação de ideias e atitudes esteja ligada sob influência da relação entre

os atores e o senso comum. Uma patologia aparentemente simples (hepatites virais), ao transpor o campo médico, revelou-se um problema de enorme complexidade, ainda não resolvido de modo adequado. Para além dos vírus o que se constatou foi a presença de múltiplas representações sobre a mesma doença, pelos atores responsáveis por lidar diretamente com o problema naquelas comunidades do Vale do Guaporé.

Oliveira (2000, p. 48) destaca que o pensamento pós-moderno acompanha a própria história da saúde pública, em que transitam alguns deslocamentos conceituais na busca de superar dicotomias históricas como as concepções de “individual” para “coletivo” e ainda, de “prevenção” para “promoção” da saúde, enquanto desafios que possibilitarão a concepção de novos modelos teóricos. A autora enfatiza que neste sentido, a Teoria das Representações Sociais vêm contribuir para a recuperação do social quanto: 1. Possibilita uma melhor especificidade da subjetividade implícita na saúde sem, no entanto, gerar oposição quanto a característica objetividade do campo e do objeto; 2. Concebe a relação coletivo-individual como uma relação dialética, em que a individualidade não deve ser pensada sem a contrapartida social; 3. Viabiliza pensar a saúde enquanto objeto holístico, partindo do reconhecimento *“de uma forma de conhecimento natural, entidade teórica com o mesmo status social do conhecimento científico, caracterizado pelo conhecimento do senso comum”*.

Neste sentido, a principal contribuição desta pesquisa é alertar os planejadores e executores de políticas em saúde que as intervenções simplistas e naturalizadas estão fadadas ao fracasso. Devem-se levar em consideração os inúmeros aspectos sociais, culturais e comportamentais das pessoas e instituições, para que se possa efetivamente interferir com a transmissão das doenças e reduzir ou anular o sofrimento delas decorrente.

1.4.6 Aspectos Éticos da Pesquisa

A pesquisa foi aprovada em reunião do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Núcleo de Saúde da Fundação Universidade Federal de Rondônia, através do parecer 015/2012/CEP/NUSAU (ANEXO 2).

CAPÍTULO II

2.1 UM BREVE HISTÓRICO SOBRE AS HEPATITES VIRAIS

As hepatites virais são conhecidas na humanidade por suas manifestações clínicas características, mesmo antes da descoberta de seus agentes etiológicos graças à observação contínua e empírica de casos de pacientes que apresentavam icterícia. É também conhecida sua relação com situações de ambientes insalubres e aquelas que demandavam a transfusão de grandes quantidades de sangue, como os ferimentos de guerra. Posteriormente, foram relacionadas aos avanços da medicina, como a sintetização de vacinas que utilizavam plasma humano e desta forma poderiam veicular os agentes etiológicos (SILVA Jr & FIGUEIREDO, 2006).

Mesmo com os surtos de icterícia que historicamente remontam a milhares de anos, somente no século XVIII foi utilizado o termo *hepatite* por Bianchi, no trabalho científico denominado *Historia hepatica sem Theoria et praxis omnius morborum hepatitis et bilis*, publicado em 1725 (FONSECA, 2010).

No século XIX tornou-se famosa a teoria que atribuía à inflamação duodenal como a patogenia da icterícia. Contudo, foi na metade do século XX, com os avanços da medicina quanto à utilização de técnicas de microscopia eletrônica e de imunologia e, recentemente, com a biologia molecular, que foi possível iniciar a identificação dos agentes virais (FREITAS, 2003; FONSECA, 2010).

Em 1865, ao observar um doente com icterícia, Virchow detectou uma obstrução no colédoco terminal por uma rolha mucosa, originando assim o conceito de “icterícia catarral” que foi aceito por conceituados profissionais, geração após geração. Nas décadas seguintes, outros pesquisadores contrários a esta explicação, começaram a supor que a doença originava-se no fígado por ação de um agente viral (FREITAS, 2003).

Após o período virchowiano, com relatos publicados a partir de 1883, sobre trabalhadores de um estaleiro naval na Alemanha, observou-se o desenvolvimento de icterícia após a administração de vacina derivada da linfa humana. Em 1909, outros casos de icterícias foram relacionados ao uso de medicações injetáveis, em

especial aos tratamentos empregados para as doenças sexualmente transmissíveis (*op.cit.*, 2003).

Nos anos seguintes alguns estudos a respeito desta doença passaram a adotar a utilização de voluntários para se comprovar as formas de transmissão da doença, a exemplo de Voegt em 1942, quando ingeriu com outros três alunos do curso de medicina, o suco duodenal de um paciente com hepatite e apresentaram a doença três a quatro semanas depois (PARANÁ & ALMEIDA, 2012).

Em geral, as hepatites são doenças provocadas por agentes etiológicos diversificados com afinidade primária pelo tecido hepático, com características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais semelhantes, porém, com importantes peculiaridades (FERREIRA & SILVEIRA, 2004). No Brasil, em 1996, as hepatites virais foram incluídas na Lista de Doenças de Notificação Compulsória. Assim, a coleta de dados sobre a ocorrência dessas doenças passou a compor as ações de vigilância epidemiológica.

Segundo o seu mecanismo de transmissão, as hepatites virais são didaticamente agrupadas em dois grupos: um que corresponde aquela com transmissão oral-fecal e engloba as hepatites A e E, e o outro que se refere àquelas com transmissão por outros meios, principalmente pela via parenteral, e consistem nas hepatites B, C e Delta (PASSOS, 2003).

Contudo, pelas características de doença silenciosa e com capacidade maior de cronificação que resultam em situações clínicas graves, este trabalho optou por enfatizar o acompanhamento das hepatites B, C e D entre os indígenas da região de Guajará-Mirim.

2.1.1 A hepatite B

O vírus da hepatite B foi descoberto na década de 60 através da identificação do antígeno de superfície da doença (HBsAg), conhecido a época como “antígeno Austrália”. Alguns anos após, precisamente em 1971, o vírus da hepatite B foi todo caracterizado, com posteriores progressos quanto a sua virulência, história natural de evolução, tratamento, etc. (LOPES & SCHINONI, 2011).

A OMS estima que cerca de dois bilhões de pessoas já tiveram contato com o vírus da hepatite B, tornando 325 milhões de portadores crônicos, com alta prevalência na região amazônica (BRASIL, 2008a).

Este vírus tem a capacidade de infectar apenas seres humanos e possui estabilidade a 30°C por longos períodos (cerca de seis meses). Quando mantido em meio com soro, o VHB sobrevive no sangue seco à temperatura ambiente por uma semana, e sua sobrevivência poderá ser ainda maior se ele estiver em um ambiente úmido e ao abrigo da luz. Sua estabilidade é destruída a 98° C por 1 a 20 minutos e nas diversas regiões geográficas do mundo, podem-se encontrar variações antigênicas, com padrão de distribuição variado de acordo com o lugar de origem e da migração das diferentes populações. O DNA do VHB pode resistir durante 10 horas a 60°C; durante 5 minutos a 100°C. O vírus da hepatite B mantém a capacidade infectante após a exposição ao éter, ao ácido (pH 2,4 por 6 horas) e ao calor (98°C por 1 minuto, 60°C por 10 horas) (BATISTA *et. al.*, 2001; SESMG, 2007).

O VHB pode ser transmitido por via parenteral (transfusão sanguínea, compartilhamento de agulhas e outros equipamentos com sangue contaminado, procedimentos médico/odontológico sem esterilização adequada, realização de *piercings* e tatuagens com material contaminado); transmissão sexual (relações sem uso de preservativos); transmissão vertical (principalmente, durante o contato do recém-nascido ao sangue e líquido amniótico durante o parto, mais raramente por via transplacentária); via solução de continuidade (exposição de pele e mucosas). Há estudos que sugerem ainda, a possibilidade de transmissão por compartilhamento de lâminas de barbear, instrumentos de manicure, canudo de cocaína, cachimbo de *crack*, escova de dente, entre outros (BRASIL, 2010a).

A sintomatologia clínica da hepatite B varia desde quadros assintomáticos ou pouco sintomáticos a quadros graves com insuficiência hepática fulminante. O tempo de incubação após a infecção pode variar de 30 a 180 dias, com sintomas iniciais inespecíficos como febre, mal-estar, astenia, êmese e/ou náuseas. Subsequentemente pode ocorrer o aparecimento de icterícia, dor abdominal (comumente em hipocôndrio direito) e colúria. A forma mais grave da doença é a hepatite fulminante com alta letalidade (BATISTA *et. al.*, 2001; BRASIL, 2005).

Cerca de 30% dos pacientes adultos apresentam a forma icterica no período agudo da doença e os indivíduos adultos expostos exclusivamente ao VHB evoluem para cura espontânea em cerca de 90% dos casos. A cronificação é caracterizada

pela presença do vírus detectável por um período superior a seis meses em testes sorológicos (BRASIL, 2010a).

Os casos de cronificação da doença, geralmente acontecem de acordo com a idade a época da infecção e o estado imunológico da pessoa. Aqueles que mantêm HBsAg reativo por mais de 20 semanas e/ ou com sinais como anorexia, hepatomegalia, perda de peso, presença histológica de necrose de ponte ou de necrose multilobular, entre outros, têm grandes possibilidades de evoluir para a cronificação. Estes possuem risco crescente para o desenvolvimento de carcinoma hepatocelular e cirrose hepática. Cerca de 70 a 90% das infecções ocorridas em menores de 5 anos cronificam e 20 a 25% dos casos crônicos com evidências de replicação viral evoluem para doença hepática avançada (cirrose e hepatocarcinoma). (BATISTA *et. al.*, 2001; BRASIL, 2005).

Com relação ao diagnóstico laboratorial, os achados irão depender da fase de evolução em que a infecção se encontra. Por volta de duas a sete semanas é possível identificar o antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBsAg), o mesmo desaparece com a convalescência que ocorre de quatro a cinco meses após a infecção. Com o seu desaparecimento, surge o anticorpo anti-HBs que persiste no soro por toda a vida. Outro marcador importante para o diagnóstico específico é o anticorpo anti-antígeno central da hepatite B, o anti-HBc, que surge durante o período de sintomas da doença. Deve-se distinguir, contudo, as partículas IgM (doença aguda) e IgG (infecção passada ou infecção crônica). O marcador HBeAg que aparece logo após ou concomitantemente ao antígeno de superfície coincide com o período de alta replicação viral. A progressão para um quadro de portador crônico deve ser acompanhada de perto quando HBeAg e HBsAg permanecem detectáveis por mais de seis meses (BATISTA *et. al.*, 2001).

O tratamento visa reduzir o risco de progressão da doença hepática, principalmente, para os estados de cirrose e hepatocarcinoma, ou seja, busca a negatificação sustentada dos marcadores de replicação viral ativa, HBeAg e carga viral, pois indicam remissão clínica, histológica e bioquímica. As opções farmacológicas para o tratamento da hepatite viral crônica B são: interferon-alfa, lamivudina, peg-interferon-alfa 2a e 2b, adefovir, entecavir, telbivudina e tenofovir (BRASIL, 2010a).

Uma forma eficiente de prevenção da infecção pela hepatite B é a vacinação. O Brasil iniciou este processo em 1989 sob a forma de campanhas, que foi

incorporada no calendário de vacinas para grupos de riscos a partir de 1992. Em 1996 a OMS fez a indicação universal da vacina para hepatite B, que foi incorporada a partir de 1998 no calendário básico vacinal (menores de um ano) em todo o país, devendo ser aplicada em esquema de três doses, sendo a segunda e a terceira aplicada em 30 e 180 dias após a primeira, respectivamente (SVS, 2012). Em 2001 foi lançado o Manual de Normas de Vacinação, especificando a administração da vacina na seguinte forma.

A vacina contra hepatite B deve ser aplicada preferencialmente dentro das primeiras 12 horas de vida, ou, pelo menos, antes da alta da maternidade. Nos estados da Amazônia Legal (Amazonas, Amapá, Acre, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, Mato Grosso e Maranhão), Espírito Santo, Santa Catarina, Paraná e Distrito Federal, vacinam-se contra hepatite B os menores de 15 anos. No restante do país, vacinam-se os menores de dois anos. Em todo o território nacional, vacinam-se os grupos de risco, com a primeira dose em qualquer idade, a segunda e a terceira doses, respectivamente, após 30 e 180 dias da primeira dose. Em caso de atraso na aplicação da segunda dose, observar o intervalo mínimo de dois meses entre a segunda e a terceira dose. O mesmo esquema se aplica às outras faixas etárias (BRASIL, 2001).

Diante das especificidades das populações indígenas, em 2010, através da Portaria nº 1.946 de 19 de julho, foi instituído o “Calendário de Vacinação para os povos indígenas” que prevê a administração da vacina para hepatite B (recombinante) ao nascer (monovalente) e nas doses subseqüentes a vacina pentavalente (hepatite B, difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo *Haemophilus influenzae*) no esquema 2, 4 e 6 meses de idade ou até o período máximo de 6 anos, 11 meses e 29 dias. Na prevenção de transmissão vertical com mães portadoras de hepatite B deve-se administrar a vacina e a imunoglobulina humana anti-hepatite B (HBIG) nas primeiras 12 horas ou no máximo até 7 dias de nascimento. Para aqueles com idade superior a 7 anos, ficou previsto a administração da hepatite B recombinante em esquema de três doses (0-1-6 meses) (BRASIL, 2010b).

2.1.2 A hepatite C

O vírus causador da hepatite C foi descoberto em 1989 e em 1991 constituía a maior causa de hepatite pós-transfusional. Na atualidade, constitui um problema

de saúde pública no Brasil e no mundo (CONTE, 2000; PASSOS, 2006; BRASIL, 2008b).

Tanto a hepatite aguda como crônica pelo HCV é em geral assintomática (FERREIRA & SILVEIRA, 2004). Contudo, nas formas sintomáticas podem ser observados a presença de mal-estar, cefaléia, febre baixa, astenia, anorexia, artralgia, fadiga, êmese e desconforto no hipocôndrio direito. A icterícia é encontrada em cerca de 18 a 26% dos casos de hepatite aguda e inicia-se quando a febre desaparece, podendo ser subsequente a colúria e hipocolia fecal (BRASIL, 2005). A infecção sub-clínica é a regra e, assim, passa despercebida. Cerca de 25% deles têm infecção crônica sintomática, com aminotransferases normais e lesões inflamatórias histológicas mínimas (CONTE, 2000).

Dos casos de infecção pelo HCV, em torno de 80% evoluem para a cronificação após manter um processo inflamatório hepático por mais de seis meses, fato este que se agrava visto o curso silencioso da maioria dos casos, o que faz com que o indivíduo não perceba a necessidade de procurar auxílio médico (BRASIL, 2011a).

A transmissão do HCV ocorre através do contato com sangue infectado por transfusão de sangue e hemoderivados, exposição percutânea e transplante de doadores infectados. Os meios mais comuns, atualmente, envolvem o compartilhamento de agulhas contaminadas, principalmente, na utilização de drogas ilícitas, realização de tatuagens e *piercings*, instrumentos de manicure, lâmina de barbear e escovas de dente. A transmissão sexual pode ocorrer, principalmente, em pessoas que possuem múltiplos parceiros e na relação desprotegida, o que pode ser otimizada na presença de alguma doença sexualmente transmissível, em especial o HIV. A transmissão vertical acontece em torno de 5% dos recém-nascidos em mães que possuem carga viral elevada, também potencializada nos casos de mães HIV positivo (BRASIL, 2011a). O período de incubação varia de 15 a 150 dias (BRASIL, 2005).

Conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite Viral C e coinfeções, são consideradas populações de risco para a infecção pelo HCV aquelas que:

Receberam transfusão de sangue e/ou hemoderivados antes de 1993; Usuários de drogas injetáveis, inaladas ou pipadas, que compartilham equipamentos contaminados como agulhas, seringas, canudos e

cachimbos; Pessoas que compartilham equipamentos não esterilizados ao frequentar pedicures, manicures e podólogos; Pessoas submetidas a procedimentos para colocação de piercing e confecção de tatuagens (BRASIL, 2011a).

O diagnóstico é clínico-laboratorial, os exames laboratoriais inespecíficos incluem as dosagens de aminotransferases, ALT/TGP e AST/TGO, que apontam as lesões do tecido hepático. A definição do agente é feita pelo marcador sorológico anti-HCV. Este marcador indica contato prévio com o agente e a presença do vírus deve ser confirmada pela pesquisa qualitativa de HCV-RNA, que poderá ser identificado no soro antes do aparecimento do anti-HCV (CONTE, 2000; BRASIL, 2011a).

O tratamento da fase aguda da hepatite C tem como objetivo primário reduzir o risco de evolução para fase crônica. O tratamento sempre deverá ser aplicado nos casos de hepatite aguda C. Na fase crônica o objetivo é controlar a progressão da doença hepática através da inibição da replicação viral (BRASIL, 2011a).

As complicações estão voltadas ao aparecimento de cirrose hepática que ocorre em cerca de 20 a 30% dos casos ao longo de 20 anos, de maneira geral, a evolução é lenta, progressiva e insidiosa.

Como uma grande parcela de pessoas desconhece seu estado de portador de hepatite B e C, constitui fonte importante na cadeia de transmissão do HBV e HCV, o que perpetua a doença enquanto epidemia silenciosa.

2.1.3 A Hepatite D

O vírus da hepatite Delta foi descoberto no ano de 1977 por Mario Rizzeto e colaboradores, por ocasião de realização de biópsia hepática em portadores de hepatite B (FONSECA, 2002).

Uma forma peculiar da hepatite D foi descrita no Brasil, onde foi denominada de “febre de Lábrea”, visto que predominava na região do Alto Purus. Tais casos apresentavam necrose hepatocelular moderada, balonização hepatocelular e hepatócitos aumentados de volume, com presença no citoplasma de gotas de gordura que circundavam o núcleo, chamadas posteriormente de células de mórula, pelo aspecto morfológico.

Caracteriza-se por doença viral contagiosa causada pelo vírus HDV, que constitui tipo RNA, que necessita do vírus B para que ocorra a infecção. Possui período de incubação que varia no hospedeiro de 30 a 50 dias com média de 35 dias (BRASIL, 2005).

Tem dominância na supressão de outros agentes virais, a exemplo, da coinfeção com o vírus da hepatite B, sua transmissão acontece, em mecanismos semelhantes ao HBV. O curso clínico na coinfeção representa-se como hepatite aguda, reincidivante, na maioria dos casos com evolução benigna, com provável eliminação dos vírus B e D em 95% dos casos (FONSECA, 2002).

O diagnóstico deverá ser orientado por dados clínicos e epidemiológicos, com confirmação por teste sorológico do HDV (anti-HDV IgG e IgM), posterior à realização dos exames para o HBV (BRASIL, 2010a).

Em áreas endêmicas para hepatite B, a exemplo da Amazônia, a coinfeção pelo HDV representa um grave problema de saúde pública, principalmente, no estado de portador crônico do HBV (FONSECA, 2002). A principal consequência clínica da infecção associada ao HBV é a tendência a desenvolver a forma fulminante da doença, em especial, a cirrose hepática (BRASIL, 2010a).

2.2 HEPATITES VIRAIS NO BRASIL

As hepatites virais são intensamente estudadas no Brasil, visto que o país é classificado pela Organização Mundial de Saúde, como de alta endemicidade para as etiologias A e B, e como elevada prevalência para as hepatites B e D na região amazônica (SILVA Jr & FIGUEIREDO, 2006).

Segundo Brasil (2005) as hepatites virais possuem características de distribuição universal, porém há diversidade quanto à prevalência dos diferentes tipos de região para região no país.

Através da Portaria nº 263 de 05 de fevereiro de 2002, substituída pela Portaria nº 2.080 de 31 de outubro de 2003 foi criado o Programa Nacional Para o Controle e Prevenção das Hepatites Virais, constituído pelos três níveis assistenciais de atendimento e determinou as diretrizes e competências das esferas do governo no programa. O Programa surgiu com os objetivos de desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção e assistência aos pacientes com hepatites virais, promover a

vigilância epidemiológica e sanitária, ampliar o acesso e incrementar a qualidade e a capacidade instalada dos serviços de saúde em todos os seus níveis de complexidade. E por fim, organizar, regulamentar, acompanhar e avaliar o conjunto das ações de saúde (BRASIL, 2002).

Com a Portaria nº 1.461 GM/MS de 22 de dezembro de 1999, foram incluídas as hepatites B e C, enquanto doença de notificação compulsória (BRASIL, 2000). Com base no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que registra as doenças de notificação compulsória no país, o Ministério da Saúde em 2011 anunciou que entre os anos de 1999 e 2010 foram diagnosticados 130.354 casos de hepatite A, com taxa de incidência de 5,6 casos por 100 mil habitantes em 2010 (BRASIL, 2011b). Os resultados do Inquérito Nacional revelam que o percentual de indivíduos expostos ao vírus da hepatite A (VHA) foi de 27,0% na faixa etária de 5 a 9 anos e de 44,1% no grupo de 10 a 19 anos (UPE, 2010).

Sobre a hepatite B, os casos confirmados para o mesmo período totalizaram 104.454, com taxa de detecção de 6,1 por 100 mil habitantes. A soma para os casos de hepatite C resultou em 69.952 ocorrências e a taxa de incidência ficou em 4,5 casos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2011b). De acordo com o Inquérito Nacional, o percentual de expostos ao vírus da hepatite B (VHB) foi de 1,1% na faixa etária de 10 a 19 anos e de 11,6% no grupo de 20 a 69 anos (UPE, 2010).

A hepatite C possui 80,7% do total de casos identificados nas faixas etárias superiores a 35 anos de idade. Dos anos de 1999 a 2010 foram somados 69.952 casos confirmados, sendo 8.557 no último ano. A taxa de detecção no Brasil, em 2010, foi de 4,5 casos por 100 mil habitantes, e as Regiões Sul (7,2) e Sudeste (6,8) exibem as maiores taxas (BRASIL, 2011b)

A hepatite D obteve maior ocorrência na região Norte, que representou 76,3% dos casos da doença com 1.812 casos registrados para o mesmo período (*op.cit.*, 2011b)

O SINAN aponta para o ano de 2011, a ocorrência de grande número para notificação de hepatite B e C, isolada com aquelas de portadores da doença combinada com dois tipos de agentes etiológicos, foram notificados 45.621 casos da doença, conforme demonstrado na tabela 2.

Tabela 2 - Casos confirmados de hepatites virais no Brasil por Classificação etiológica notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Período: 2011

Tipo	Nº de casos
Ign/Branco	1825
Vírus A	7285
Vírus B	16775
Vírus C	18328
Vírus B+D	337
Vírus E	8
Vírus B+C	705
Vírus A+B	88
Vírus A+C	37
Não se aplica	233
Total	45621

Fonte: SINAN NET, 2012

Na Amazônia brasileira as hepatites virais são endêmicas em toda a região e em algumas áreas são hiperendêmicas com altas taxas de morbidade e mortalidade. As zonas de elevada endemicidade com alta prevalência para marcadores abaixo de 20 anos de idade, localizam-se principalmente no vale dos rio Purus, Madeira, Juruá e Tapajós (FOCACCIA, 2003).

A vacinação contra a hepatite B, como atividade rotineira de saúde pública no Brasil, teve início em 1989, em 13 municípios do Estado do Amazonas nos quais pesquisadores haviam demonstrado alta prevalência de infecções pelo HBV e HDV (FOCACCIA, 2003).

Com exceção das capitais municipais e sedes dos municípios, a população se distribui em torno dos rios, igarapés e lagos que são abundante na região, o que por vezes dificulta a realização das atividades de assistência médico-sanitária.

Segundo Bensabath & Leão (2003) na Amazônia, a endemicidade pelo HBV não é uniforme, existindo áreas de alta e moderada endemicidade mesmo em áreas consideradas de baixa endemicidade.

A transmissão dos vírus B e D, em populações indígenas ocorre precocemente, principalmente entre crianças de 5 a 12 anos de idade e adultos jovens, provavelmente por transmissão familiar e/ou por contato sexual. Nessas populações, a transmissão vertical, pouco tem contribuído para a disseminação do HDV. Entre os índios, importantes fatores estão envolvidos na transmissão desses

vírus: seus costumes, sua constituição genética, a ecologia da região, a forma e tempo de contato com outras populações índias e não índias, assim como o efeito iatrogênico de campanhas (NUNES *et al.*, 2007).

Supomos que na região Amazônica brasileira, o emprego em massa da vacina contra a febre amarela nas décadas de quarenta e cinquenta, utilizando ainda vacinas derivadas de plasma humano e seringas e agulhas não descartáveis, tenha sido um dos veículos responsáveis pela disseminação e propagação da infecção pelo VHB e vírus da hepatite D (VHD) entre sua população. Outro provável veículo de transmissão do VHB na região Amazônica, área sabidamente endêmica de infecção pelo VHB e consequentemente o VHD, seria o uso de lancetas não descartáveis para fins de punção digital no diagnóstico da malária (FONSECA, 2010, p.5).

Segundo o Censo do ano de 2010, o estado de Rondônia possui 52 municípios com uma população estimada de 1.562.409 habitantes e densidade demográfica de 6,8 hab/Km², sendo Porto Velho sua capital. Este quantitativo está distribuído em uma área de 237.590,864 Km², em divisa com os estados do Amazonas, Acre e Mato Grosso. É considerado um estado de fronteira por possuir divisas com a Bolívia (Figura 2) (IBGE, 2012a).

Figura 2 – Mapa do Estado de Rondônia e divisas



Fonte: Adaptado de IBGE, 2012a.

Em 1941, ao que parece, o médico e etnólogo Ary Pinheiro encontrou em Pedras Negras, rio Guaporé, no antigo Território Federal do Guaporé, atual Estado de Rondônia, uma peça antropomorfa que parecia representar a figura de um chefe indígena com sinais sugestivos de hepatopatia (FOCACCIA, 2003).

Antes do início do século XIX, os relatos sobre a história das hepatites no Brasil são escassos, todavia no museu de Porto Velho - Rondônia, hoje desativado, encontrava-se uma urna funerária confeccionada pelos índios Aruak que habitaram esta região no período da descoberta do Brasil, ou seja, há mais de 500 anos atrás. A urna funerária de barro cozido representava um nativo pertencente à família Aruak e revela do ponto de vista médico alguns sinais e estigmas de cirrose hepática, tais como: ascite, umbigo protuso pelo aumento do volume abdominal (hérnia umbilical), ginecomastia e aranhas vasculares. Seria o primeiro registro antropológico sobre a doença cirrose hepática de provável etiologia viral no Brasil? (FONSECA, 2010).

Em 1994 as hepatites virais em Rondônia ocupavam o terceiro lugar em número de casos de doenças transmissíveis registradas, depois da malária e da leishmaniose (BRASIL, 2006).

No ano de 2004 foram confirmados 680 casos de portadores de hepatites virais, ocupando o terceiro lugar em número de casos na região Norte. Destes, 34% foram de hepatite A, 44% de hepatite B e 9% de hepatite C, em 12% dos casos a etiologia estava indefinida. Neste mesmo ano, as taxas de mortalidade por hepatite B e D foram maiores que a média regional e nacional. O coordenador do Programa Estadual não tinha função exclusiva voltada às hepatites virais e o Estado ainda não havia implementado o Comitê Estadual de Hepatites Virais, conforme previsto pela Portaria 2.080 de 31/10/2003 (BRASIL, 2006).

Foram confirmados no Estado entre 1999 e 2010, 1.327 casos de hepatite A, 3.443 casos de hepatite B, com taxa de detecção em 2009 de 23,7 por 100 mil habitantes. Uma taxa superior à região norte com 12,6 e ao Brasil com 7,6 casos. Com relação à hepatite C foram confirmados 158 casos com taxa de detecção de 1,1 casos por 100 mil habitantes, dado inferior à região norte (1,8) e a média brasileira de 5,3 casos (BRASIL, 2011a).

CAPÍTULO III

3.1 UM BREVE HISTÓRICO SOBRE OS WARI'

Por volta do século XIX os Wari' ocupavam as bacias dos rios Lage, Ouro Preto, Igarapé da Gruta, Igarapé Santo André e Rio Negro e as cabeceiras dos rios Ribeirão e Formoso (ISA, 2011a). A palavra Wari' designa o pronome da primeira pessoa do plural “nós”, compreendida também como “gente” e “seres humanos”. O termo Pakaánova e suas variações na escrita ainda é utilizado para se referir aos Wari', possivelmente, por terem sido avistados junto ao rio homônimo (VILAÇA, 1992).

Foi mencionado pela primeira vez, pelo Coronel Ricardo Franco em 1798. Na primeira década do século XX, com a entrada dos seringueiros nas florestas amazônicas em função do *boom* da borracha, foram se deslocando cada vez mais para as regiões de cabeceiras dos rios, o que dificultava o acesso dos brancos (VILAÇA, 1992).

O isolamento geográfico e social permitiu que os Wari' por mais de um século, não mantivessem relações comerciais ou contato pacífico direto com outras populações, visto sua reputação de sociedade hostil e à prática do canibalismo, e desta forma, contribuiu também para a diminuição da entrada de doenças infectocontagiosas, como a varíola, o sarampo, gripe entre outras (CONKLIN, 1994).

Com a necessidade de exportação da borracha para fins comerciais havia o interesse entre os governos brasileiro e boliviano, quanto à construção de uma via que facilitasse o escoamento do produto, visto as áreas de difícil navegação dos rios Madeira e Mamoré. Para resolver este problema foi proposta em 1861 pelo general boliviano Quentin Quevedo a construção de uma ferrovia ligando Porto Velho a Guajará-mirim, evitando a passagem pelas principais cachoeiras do rio Madeira (FERREIRA, 2005) . Mas, somente após a assinatura do Tratado de Petrópolis, que agregava as terras do atual estado do Acre ao território brasileiro, foi que o governo brasileiro assumiu a responsabilidade de construção de uma ferrovia, obra esta iniciada em 1907. A realização deste empreendimento custou a vida de muitos trabalhadores e indígenas que, frequentemente, envolviam-se em confrontos. Em 30 de abril de 1912, foi assentado o último dormente da Estrada de Ferro Madeira-

Mamoré (EFMM) em Guajará-Mirim, após uma década de dizimação de diversos grupos indígenas e milhares de trabalhadores mortos (SOUZA, 2010).

Ao final de 1940, com a Segunda Guerra Mundial e o segundo *boom* da borracha, milhares de nordestinos chegaram à região amazônica, enquanto soldados da borracha, resultando em aumento dos contatos violentos entre índios e seringueiros, o que levou a população da região a pressionar o Serviço de Proteção ao Índio (SPI). Entre 1950 e 1960 os mesmos foram “pacificados” por agentes missionários fundamentalistas da Missão Novas Tribos do Brasil e funcionários do SPI. Os primeiros contatos aconteceram na área do rio Dois Irmãos entre 1954 e 1955 e, também, na região dos rios Negro-Ocaia, Lage e Ribeirão em 1961, provocando a dizimação de dois terços da população Wari’ por epidemias (VILAÇA, 2007).

Até este período, os Wari’ viviam dispersos pela região, com poucas famílias, porém, numerosas. Possuíam uma organização social bastante peculiar, pois mesmo espalhados em uma vasta região, mantinham complexos laços políticos-cerimoniais, distribuindo-se em territórios nominados reconhecidos por cada um (MEIRELES, 1988)

Eram divididos em oito subgrupos, seguindo assim, a afiliação da mãe ou do pai, um casal poderia optar por morar junto dos pais do homem ou da mulher, ou ainda associar-se a um irmão ou irmã, o que determina as regras de residência. A poliginia sororal era privilegiada, mesmo com a habitação de um subgrupo a uma determinada região geográfica, havia uma tendência à endogamia, embora o casamento entre estes fossem freqüente (VILAÇA, 2007). A terminologia de parentesco entre os Wari’ denomina como consangüíneo todos os parentes laterais e lineares. Um homem não poderia se casar com suas primas cruzadas e paralelas ou com as filhas de suas irmãs reais ou classificatórias (MEIRELES, 1988).

Cada uma das aldeias tinha de uma a oito casas, cada qual com uma família conjugal e uma casa de homens solteiros. Estes subgrupos possuíam o hábito de realizar visitas, para a realização de três tipos de festas distintas: *tâmara*, *hwítóp* e *hüroroin’* (VILAÇA, 1992).

Anterior ao período de pacificação, tinham o hábito de comer seus mortos (canibalismo funerário) e os inimigos que matavam (canibalismo guerreiro). Atualmente, essa prática foi abandonada, contudo, Vilaça (1998), relata que “a prática do canibalismo (...) persiste na forma figurada ou puramente simbólica: os

Wari' comem presas animais que concebem como humanas e matam e comem metaforicamente seus afins, embriagando-os com chicha de milho azeda”.

Nas relações de parentesco observa-se uma escala de afinidade, destacada do seguinte modo.

Com os conterrâneos se fazem os casamentos; com os estrangeiros, as festas ou ritos; com os inimigos, nem uma coisa nem outra, somente a guerra. Trata-se de uma escala de graus de afinidade em que cada termo corresponde a uma posição e não uma essência, com a possibilidade de deslocamento de um para outro. O estrangeiro com quem se casa pode tornar-se pela mudança de residência, o convívio íntimo, um conterrâneo, um parente; enquanto que o parente que se afasta pode tornar-se um estrangeiro, se ainda comparece a festas ou convida para elas, ou mesmo um inimigo, se perde todo o contato (VILAÇA, 1992).

Ainda hoje, aqueles que vivem juntos são considerados parentes consangüíneos e são chamados por termos de consangüinidade, mesmo se forem adotados (VILAÇA, 2007).

Cada subgrupo tem um nome: os OroNao, os OroEo, os OroAt, os OroMon, os OroWaram, os OroWaramXijein, os OroJowin e os OroKaoOroWaji (oro é uma partícula coletivizadora, que pode ser traduzida como 'povo', 'grupo'). (VILAÇA, 1992).

Atualmente, ocupam o oeste de Rondônia próximo a fronteira com a Bolívia, com terras indígenas no município de Guajará-Mirim, com a população distribuída em quatro Terras Indígenas (Pacaas Novos, Rio Negro-Ocaia, Lage e Ribeirão), administradas pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), além de uma colônia agrícola (Sagarana), mantida pela Diocese de Guajará-mirim (Figura 3). Com o processo histórico de dizimação das populações indígenas, são os únicos remanescentes falantes da língua Txapakura (LEITE, 2007; VILAÇA, 2007).

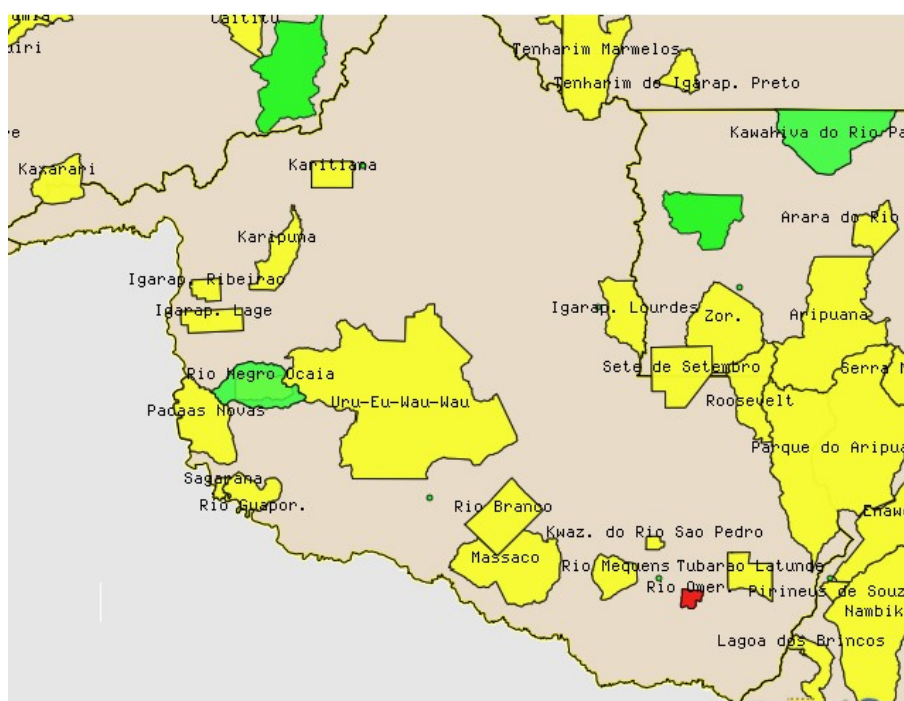
Estão distribuídos por 16 aldeamentos localizados nas terras citadas e por tratarem-se das últimas reservas de vegetação nativa, e de espécies madeireiras de alto valor comercial, as invasões para retirada ilegal de madeira são constantes (FUNAI, 2010).

Enquanto um dos maiores grupos indígenas de Rondônia e segundo Conklin (1994), isto se deve a duas características fundamentais, em que primeiro os padrões tradicionais de subsistência, relações sociais e povoamento reduziram os

contatos, e em segundo, os conceitos tradicionais da medicina Wari' contribuíram para a capacidade de ajuste às epidemias após os contatos.

Para a compreensão das respostas dos Wari' quanto a medicina ocidental observa-se o sistema tradicional médico, que fornece parte dos conceitos e exemplos que os Wari' utilizam para a interpretação das doenças, enquanto, respostas às ameaças de vida e à saúde (CONKLIN, 1994).

Figura 3 - Mapa das terras indígenas em Rondônia



Fonte: Adaptado de IBGE, 2012b

Com relação aos aspectos gerais de saúde desta população, alguns estudos foram realizados para a identificação dos principais agravos. Nos documentos de trabalho do Centro de Estudo em Saúde do Índio de Rondônia (CESIR), Escobar & Coimbra Jr realizaram em 1997, uma pesquisa que resultou no documento intitulado “Considerações sobre as condições de saúde das populações das áreas indígenas Pakaánova (Wari') e do posto indígena Guaporé, Rondônia”. Neste trabalho foi demonstrado que a população era acometida, frequentemente, por episódios de tuberculose e malária, além disso, aponta para a necessidade de estudos aprofundados quanto aos casos de hepatites, que segundo consta, eram referidos por funcionários da FUNAI (ESCOBAR & COIMBRA Jr., 2001).

Ainda voltada para os índices elevados de tuberculose nestas populações, Escobar (2001), em um estudo epidemiológico sobre a tuberculose nesta população, identificou alto índice de notificação de casos da doença, equivalente a cerca de metade dos casos de notificação entre indígenas de Rondônia, com taxa de incidência superior a encontrada no resto do país.

Haverroth (2004) também em tese de doutorado identificou os altos níveis de doenças diarreicas nestas populações. No mesmo ano, Sá (2003) em um estudo sobre a malária com características endêmicas na região, constatou alto índice de ocorrência de malárias nesta população, em especial, casos por *Plasmodium vivax*, em indivíduos de 1 a 9 anos de idade.

Sobre as condições nutricionais, Leite (2007) em estudo antropométrico correlacionado com as variações sazonais apontou para um perfil precário com elevados níveis de desnutrição, com alta prevalência de baixa estatura e peso entre as crianças menores de cinco anos de idade.

3.1.1 Uma breve passagem pela XI Assembléia OroWari'

Por ocasião da primeira visita a região de Guajará-mirim com o intuito de realizar o reconhecimento de área e apresentação do projeto as instituições participantes, tive a oportunidade de acompanhar com a devida autorização das lideranças indígenas presentes no local, a XI Assembléia OroWari', realizada em 11 de novembro de 2011, as 15 horas, no Centro de Treinamentos localizado na sede da Igreja São José.

O local é constituído por um amplo espaço, provavelmente, destinado à realização de eventos, foi organizado pelo CIMI em parceria com as lideranças indígenas.

Os trabalhos iniciados pelo presidente da mesa com a apresentação de uma carta destinada ao então chefe do DSEI, com as reivindicações sustentadas por toda a comunidade presente, com a participação de mais de 50 indígenas, entre homens, mulheres e crianças. Percebia-se a concentração de grande maioria de homens que se organizavam nas primeiras fileiras, em áreas mais próximas a mesa de coordenação dos trabalhos. Aliás, durante a Assembléia, poucas mulheres permaneceram no auditório para acompanhar o desenvolvimento da sessão, estas

permaneciam ao lado de fora, ou destinavam-se a produção da alimentação na copa do centro de treinamento.

Uma das primeiras questões levantadas por lideranças indígenas foi a respeito de grandes projetos, pois consideravam difícil a situação de ocorrência de alagamentos em áreas indígenas locais, em especial, nas aldeias Lage e Ribeirão. Os relatos permeavam sobre a insatisfação frente a anterior presença de funcionários da empresa Jirau nas comunidades, onde teriam realizado acordos quanto a recursos, que até o momento não aconteceram. Estes acordos, em primeiro momento, abrangeriam um projeto emergencial, principalmente, para a limpeza ao redor das terras. Segundo a liderança, ainda aguardavam o repasse da verba pela FUNAI a Associação.

Com os trabalhos iniciados pela Assembléia chegaram também para compor a mesa de negociações, o Prefeito do Município de Guajará-Mirim e a Secretária de Saúde Municipal.

O Prefeito iniciou os trabalhos cumprimentando-os na língua nativa, e destacou permanecer na Assembléia para discutir aquilo que era de competência da gestão municipal.

Naquele período do ano, a Secretaria de Saúde havia retirado o repasse do incentivo para atendimento da saúde indígena, que era feito ao Hospital Bom Pastor. As lideranças afirmavam que em nenhum momento haviam sido consultadas quanto a esta tomada de decisão, o que estaria gerando problemas no atendimento aos indígenas que procuravam este recurso. Segundo a Secretaria de Saúde, o Hospital Bom Pastor teria passado por auditoria do Ministério da Saúde, com notificação da SEMSAU, que passou a não mais atender as internações na área de pediatria naquela unidade. A mesma explicou que o Hospital Bom Pastor repassava o número de internações a SEMSAU, que efetuava o pagamento destas. Após esta auditoria, foram orientados que não poderiam pagar esta unidade hospitalar por se tratar de dinheiro público, e desta forma o mesmo deveria ser repassado ao Hospital Regional de Guajará-Mirim, porém, a SEMSAU estaria buscando alternativas para a resolução do problema com retorno do atendimento ao Hospital Bom Pastor. Não ficou claro quanto ao atendimento generalista ou de outras especialidades nesta unidade.

Após este esclarecimento da Secretaria de Saúde, os trabalhos continuaram com questionamentos a respeito da recepção dos indígenas dentro do Hospital Regional, o que demonstrava insatisfação geral, haja vista a clara preferência destes

pela unidade anterior, acusando o mesmo de pouca receptividade, falta de medicamentos e de leitos e, ainda, reivindicaram a gestão municipal sobre a necessidade de melhora quanto a comunicação com os representantes indígenas.

Em contrapartida, os representantes municipais cobraram dos indígenas a participação dentro do Conselho Municipal de Saúde, pois no momento, estavam sem representação. Foi enfatizado pela secretaria que o último representante saiu do Conselho por apresentar três faltas consecutivas e tornou-se desistente, fato este que teria acontecido no ano de 2005. Contudo, receberam a orientação de que podem participar das reuniões e indicar o nome para a próxima eleição, o que facilitaria o acompanhamento das decisões da gestão municipal.

Segundo a Secretária, atualmente, não existe convênio com o LACEN para acompanhamento das gestantes, pois segundo ela, o mesmo estaria em Guajará-mirim voltado para a vigilância epidemiológica. Que em um período de seis meses anterior, o município é que teria providenciado os kits para realização de sorologias para que o LACEN executasse a realização dos exames.

3.2 ESTUDOS SOBRE AS HEPATITES VIRAIS NAS POPULAÇÕES INDÍGENAS

Em 1999, ao estudar a população indígena Karitiána em Rondônia, Ferrari *et.al.* (1999), a prevalência de anticorpos anti-HBs e anti-HBc foi respectivamente de 16,1% e 35,3%, sendo detectado HBsAg em quatro (3,4%) indivíduos. Anticorpos anti-HCV foram encontrados em dois (1,7%) indivíduos. Os dados por idade sugeriram que as vias de transmissão vertical e horizontal são importantes naquela comunidade.

Na região do estado do Amazonas, Braga *et. al.* (2001), estudaram a ocorrência de infecção de HBV e HDV em sete grupos indígenas, os resultados apontaram para taxa de infecção passada pelo VHB de 54,5% e a de portadores do HBsAg de 9,7%. Observaram variações importantes destes marcadores entre as aldeias, inclusive entre a mesma etnia.

Foi desenvolvido por Nunes *et. al.* (2007), entre outubro de 2003 e março de 2005, nas aldeias Apyterewa e Xingu, do grupo Parakanã, um estudo para

determinar a prevalência de marcadores para hepatites nestas populações, sem encontrar casos positivos para hepatite D.

Entre os Kaingang do sul do Brasil, Ferreira *et al.* (2006), investigaram a prevalência de infecção pelo vírus B e C na população indígena de Mangueirinha, residente do estado do Paraná, com baixa prevalência de infecção pelo HBV e pelo HVC e a alta prevalência de anti-HBs nas faixas etárias mais baixas o que poderia indicar uma boa resposta da imunização ativa artificial.

No ano de 2007, foi realizado um estudo sobre a prevalência de anticorpos contra a hepatite A entre os índios Kuikuro e Kaiabi no Parque Nacional do Xingú, resultando em alta endemicidade naquelas populações com 97,7% de análises positivas para a soroconversão da doença (LAFER *et.al.*, 2007).

Em estudo mais recente realizado entre os índios Terena, Aguiar *et.al.* (2010) avaliaram a presença de anticorpos para o vírus da hepatite B e outras doenças transmissíveis. Concluíram que a prevalência encontrada de anticorpos para o vírus da hepatite B não estava dentro do parâmetro utilizado para populações que foram vacinadas, com identificação de elevadas taxas de indivíduos não vacinados, o que justificaria a vulnerabilidade.

CAPÍTULO IV

Atores Sociais e suas representações sobre hepatites

Neste capítulo serão apresentados os resultados e discussão. Isto significa identificar os principais atores e suas representações sociais relativas às hepatites entre os Wari' do Vale do Guaporé. Os dados coletados constituem-se em entrevistas e documentos, alguns deles inéditos, sobre os diferentes modos que cada instituição e cada ator social lidaram com a questão.

Estas diferenças existem porque no processo de construção social da realidade a afirmativa simples de que “há índios com hepatites no Vale do Guaporé”, é representada por diferentes atores sociais de acordo com a sua objetivação e a sua ancoragem para as categorias cognitivas índios e hepatites.

Os teóricos concordam que a objetivação e a ancoragem são os dois processos formadores das representações sociais (SÁ, 1993). A objetivação fornece materialidade a um objeto abstrato e consiste basicamente em reproduzir um conceito em uma imagem, reabsorvendo um excesso de significações, materializando e trazendo para o universo vivido o que antes era palavra ou símbolo. Na objetivação, segundo Moscovici, “(...) os conteúdos mentais dos indivíduos, seus julgamentos e suas idéias são separados e assumem um caráter externo. Eles aparecem como uma substância ou como forças autônomas que povoam o mundo em que se vive e se atua” (MOSCOVICI, 1990, p.272).

A ancoragem, por sua vez, desempenha um papel primordial nas representações, enquanto um processo capaz de tornar familiar aquilo que é estranho, desconhecido (JODELET, 1989; SANCOVSCHI, 2007). Ancorar uma representação significa dar sentido e utilidade entre as que já existem na sociedade, conferindo-lhe primazia e induzindo ao entendimento de fenômenos que de outro modo permaneceriam caóticos. O novo objeto é classificado entre as idéias prévias que estão na memória, e assim ele é dominado por palavras conhecidas ou construídas culturalmente.

A representação torna-se, para todos os atores sociais, um meio de interpretar os acontecimentos, os comportamentos, de classificar as coisas e as pessoas em uma escala de valores. Tem a ver, portanto, com a identificação dos posicionamentos recíprocos, da percepção do seu próprio papel e do papel dos

outros nas relações sociais: “tudo o que nos faz agir, preencher uma função e nos posicionar nas relações sociais obedecem a uma representação dominante, ou seja, aquela que tem um maior grau de ancoragem e, portanto, de legitimação e partilha no ambiente social” (XAVIER, 2002, p.27).

Não haveria, portanto, um problema epistemológico a ser investigado se todos os atores partilhassem da mesma representação social acerca dos índios e das hepatites. Mais ainda, a própria representação que se faz do Vale do Guaporé transcende seus aspectos naturais.

A categoria “índio”, por exemplo, pode existir como representação genérica para parcela da população “branca” do município de Guajará-mirim (ligada às raízes históricas enquanto colonizadora) como um “sujeito preguiçoso”, “que tem mais terras do que usa” ou por outras definições de cunho pejorativo. A população indígena, por seu turno, se identifica como gente e diferencia os povos, as filiações, as alianças e desavenças históricas. Os cientistas, representados pelos antropólogos, identificam e classificam as muitas etnias e aldeias, suas relações de parentesco, seus rituais e seus comportamentos alimentares.

As hepatites são objetivadas e ancoradas pelos profissionais de saúde na “história natural das doenças” como uma infecção viral, da qual são conhecidos os modos de transmissão, a prevenção e o tratamento. A representação que os indígenas têm desta doença silenciosa, que pode ficar meses sem qualquer manifestação clínica, dependerá das imagens mentais do corpo e dos tratamentos tradicionais. Para os órgãos governamentais responsáveis pela assistência à saúde pode significar um desafio maior do que a capacidade de resolução, sendo preferível silenciar sobre a gravidade da situação.

O Vale do Guaporé, preservado na sua paisagem e biodiversidade pelas terras indígenas, reservas extrativistas e florestas nacionais, pode representar a última fronteira da conservação ao avanço do capitalismo, segundo os ecologistas. Ou uma barreira ao pleno desenvolvimento da região, segundo os desenvolvimentistas, posto que abrange 93% do território do Município de Guajará-mirim. .

Conforme se discutirá a seguir os diferentes atores sociais representaram de diversas maneiras as hepatites nos povos indígenas do Vale do Guaporé.

4.1 O CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO - CIMI

As representações sociais são influenciadas pelo contexto histórico vivenciado pelos atores, e o Conselho Indigenista Missionário – CIMI, em relação ao reconhecimento das hepatites virais na população Wari', não escapou desta premissa. Ou seja, ele ancorou a doença no campo das disputas políticas.

Desde o seu nascimento em 1972, quando estava vigente no Brasil o governo da ditadura militar, o CIMI ocupou o campo político. Àquela época o atendimento a saúde da população indígena era efetuado pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), ocupada pelos coronéis e caracterizada pela ineficiência de gestão, e o Conselho já apoiava a luta dos povos indígenas por melhores condições de vida (CIMI, s.d.).

Nestes quarenta anos o CIMI manteve sua linha de atuação. Ele está organizado, atualmente, em onze regionais e uma sede na cidade de Brasília, e tem sua estrutura administrativa vinculada à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB (CIMI, s.d.). Em Guajará-mirim, sua sede assume a característica de local de trabalho, de moradia dos trabalhadores missionários e de pousada para indígenas que necessitam ficar na cidade para tratamentos e outros interesses. Está localizado à Avenida 5 de Novembro, que constitui importante via de acesso dentro da cidade de Guajará-mirim.

Segundo o próprio Conselho, desde sua formação possui como objetivo primário “intervir na sociedade brasileira como aliado dos povos indígenas, fortalecendo o processo de autonomia desses povos na construção de um projeto alternativo, pluriétnico, popular e democrático” (CIMI, s.d.), enquanto organismo articulador entre as comunidades indígenas e as instituições de controle e de atenção à saúde indígena e demais áreas de interesse.

No que se refere à emergência das hepatites virais entre as populações do Vale do Guaporé, o CIMI teve participação expressiva nas articulações políticas que viabilizaram a realização das primeiras pesquisas para a detecção da doença. Além disso, acompanhou de perto as decisões e encaminhamentos realizados pelos órgãos de assistência e junto ao Ministério Público Federal.

O participante 1 relatou a existência de pessoas com hepatopatias de origem a esclarecer ainda entre os anos de 1991 e 1992. Contudo, dois anos depois foram observados os primeiros casos de hepatites:

Em 1994 fomos surpreendidos pelo adoecimento de várias pessoas com hepatite que não foi notificado nada na hora, o tipo, uma microepidemia na aldeia Deolinda, aonde veio a falecer rapidamente uma senhora (Participante 1).

A falta de informações a respeito do tipo de agente viral, bem como a inexistência de pesquisa sorológica reconhecida na época, levou a suspeita de quadro de hepatite tipo A, visto o adoecimento repentino de grande número de pessoas, caracterizando uma “microepidemia”.

Considerando-se que sua transmissão ocorre pela via oral-fecal, essa doença tem alta prevalência em regiões com precário saneamento ambiental, pois origina condições propícias a sua disseminação (PASSOS, 2006). O que é reconhecido dentro das aldeias Wari', a exemplo do trabalho realizado por Haverroth (2004) que descreve algumas condições sanitárias encontradas nas aldeias Lage Novo e Linha Dez, que foram correlacionadas à ocorrência de grande quantidade de doenças diarreicas nestas populações.

A ocorrência destes primeiros casos de hepatites na aldeia Deolinda foi o ponto de partida para as pressões do CIMI junto a FUNAI, cobrando providências daquela instituição quanto à gravidade que esta doença poderia assumir nas comunidades indígenas. Iniciaram as solicitações para realização de inquérito sorológico da população de todas as aldeias e a vacinação da população indígena contra a hepatite B, que era então realizada em crianças de até quatro anos de idade.

O inquérito sorológico não foi realizado, mas a vacina contra hepatite B foi incorporada no Programa Nacional de Imunização no ano de 1995 e paulatinamente alcançou as aldeias.

A partir de 1995 e 1996 foram vacinadas no esquema 0, 2, 4 as aldeias Deolinda, Sotério e Ribeirão. Depois, em 1997, a cobertura foi para mais aldeias e até 1997 todas as aldeias foram vacinadas (Participante 1).

Quanto à prevenção da disseminação da doença, a vacinação precoce é um fator reconhecidamente importante na quebra da cadeia de transmissão da hepatite

viral tipo B. Alguns estudos realizados recentemente quanto aos efeitos destas vacinas em populações indígenas têm demonstrado que o acompanhamento rigoroso e as medidas preventivas surtem efeitos importantes para a prevenção da infecção da doença. Estudo realizado entre os índios Parakanã do sudoeste do Pará, por exemplo, identificou a queda percentual em inquéritos realizados com intervalo de dez anos, e ausência de portadores de HBV entre os menores de dez anos de idade (NUNES *et. al.*, 2007). Entre os Kaingag no Estado do Paraná foi possível identificar alta prevalência de Anti-Hbs isolado nas faixas etárias menores, demonstrando que a imunidade foi adquirida principalmente através da imunização por vacina (FERREIRA *et. al.*, 2006).

Isto significa que havendo continuidade do programa de vacinação e rigoroso controle por meio de inquéritos sorológicos é possível controlar as hepatites. Porém, a continuidade e o controle foram perdidos quando da transferência das ações de assistência à saúde da FUNAI para a FUNASA no ano 2000.

Para o CIMI as possibilidades de disseminação das hepatites virais nestas populações estavam presentes, tanto por comportamentos autóctones, quanto por ações dos órgãos responsáveis pela assistência. No primeiro caso, os hábitos de higiene pessoal e a falta de recursos próprios para a compra de materiais de higienização, aliados à falta de compreensão dos mecanismos de transmissão da doença:

Eu já vi crianças de uma mesma família utilizar uma mesma escova de dente. Se for um caso positivo as micro lesões que são provocadas pela escovação dos dentes podem deixar uma micro gota em cima da escova e contaminar outra criança que não tiver sido imunizada (Participante 1).

No segundo caso, os surtos na população seriam consequência também das atividades realizadas pela FUNAI na assistência a população como descrito no relato abaixo:

Eu acompanhei desde 1990 a 1995 a equipe da FUNAI para fazer as vacinas, os dentistas que recebiam serviço prestado pela FUNAI, o serviço odontológico era exodontia e muitos indígenas solicitando extrair os dentes e a recomendação da FUNAI era que todos os índios fossem atendidos, não deixar ninguém pra trás. E recurso na época, era pouco e o material era pouco, então o dentista ao meu grande pavor e indignação depois de exodontia limpava o material com água e sabão (Participante 1).

O Ministério da Saúde no Manual de Controle de Infecção Hospitalar publicado no ano de 1994 classificou os materiais utilizados em procedimentos em saúde como críticos, semi-críticos e não críticos. Considerando a natureza do procedimento acima descrito, pode-se caracterizar o material cirúrgico utilizado em exodontia como crítico, ou seja, penetram nos tecidos subepiteliais e vasculares, caracterizando um importante veículo de carreamento do vírus. O Ministério da Saúde já recomendava que todo instrumental crítico deveria passar por processo de esterilização (BRASIL, 1994).

A precariedade no atendimento as populações amazônicas é conhecida e tolerada, podendo assumir aspectos dramáticos. Veja-se, por exemplo, o relato de Fonseca (2010), sobre as rotinas de cuidados realizados pelos profissionais na coleta de exame para malária no Estado do Amazonas:

Entre 1979 e 1983, tive a oportunidade de observar várias vezes na zona rural do Estado do Amazonas, técnicos de órgãos governamentais, puncionarem com uma só lanceta, inúmeros pacientes febris e com suspeita de malária. Tais técnicos, após a punção, retiravam o sangue retido na lanceta através de um chumaço de algodão embebido com álcool e posteriormente puncionavam outro paciente. Outros técnicos, simplesmente passavam a lanceta no fogo de uma lamparina logo após punção digital. A referida lamparina servia também para espantar os mosquitos devido a fumaça provocada pelo combustível utilizado, no caso, o querosene (FONSECA, 2010).

Mesmo com a mudança do órgão governamental responsável pela assistência à saúde, o CIMI considera que não ocorreram mudanças significativas, constatando:

Pré-natal inexistente ou incompleto, a falta de medicamentos nas aldeias e na CASAI, o atraso ao envio da medicação de uso contínuo, a superlotação da CASAI, a falta ou atraso no encaminhamento de pacientes para Porto Velho ou fora do estado, a comunicação inexistente ou precária, a falta de transporte específico para remover em tempo as emergências (...) (CIMI, 2008)

As contínuas denúncias do CIMI afinal resultaram em alguma ação, e iniciaram uma nova disputa. Em setembro de 2005, uma década depois do relato dos primeiros casos foi realizado o primeiro inquérito sorológico para hepatite B e C em uma parceria entre FUNASA, SEMSAU e LACEN, com 836 pesquisados, dos quais 793 eram indígenas.

Contudo, no mês de fevereiro de 2007, o CIMI ainda desconhecia os resultados da investigação sorológica, fato este que culminou na divulgação pública de mais

denúncias quanto à demora na entrega dos resultados à população. No relato que se segue, pode-se observar a dificuldade de comunicação entre estas instituições:

Em setembro a gente soube que o resultado foi entregue em dezembro [2006] para o Município, o LACEN entregou esses resultados em dezembro. A FUNASA disse que não tinha o resultado e o Município disse que dia 20 tinha sido entregue para a FUNASA. Em 2006, o chefe da CASAI continuou a negar o resultado e chegava a dizer que era assustador (...) (Participante 1)

Em 18 de maio de 2007 o CIMI recebeu as informações pontuais a respeito do inquérito, fornecidas pelo NUVEPA, discriminando a data de realização da coleta do material para exames (12 a 26 de setembro de 2005), os locais de coleta (Baía da Onça, Baía da Coca, Deolinda, Sagarana, Ricardo Franco, CASAI, Porto), a data de entrega dos resultados a CASAI, para posterior repasse aos participantes (20/12/2005). Mais importante ainda: o número de pessoas com marcadores positivos para hepatite C (22) e B (78), embora sem relato sobre a existência de infecções mistas e sem especificar o número de não indígenas no quantitativo total.

O NUVEPA informou não ter havido retorno da equipe aos locais investigados, devido à informação prestada pela equipe da CASAI de que estaria vindo uma equipe de universitários para desenvolver uma pesquisa nas localidades (NUVEPA, 2007). Estes resultados foram apresentados em Reunião do Conselho Distrital de Saúde Indígena em Ji-paraná, por um conselheiro da SEMSAU. A FUNASA afirmava que os portadores estavam sob o acompanhamento do CEMETRON, embora não apresentasse os protocolos.

Não havia consenso sequer sobre o número e a origem étnica dos investigados, possibilitando o cálculo e a divulgação de diferentes taxas.

Foram 836 pessoas pesquisadas, das quais 793 eram indígenas, mais ou menos ¼ da população indígena na época, os outros eram funcionários da própria FUNASA, parentes (Participante 1).

Com o relatório em mãos o CIMI aumentou as pressões quanto à necessidade de realização de ações específicas para essa população. Em junho de 2007 divulga no próprio site e na imprensa local, logo repercutida pela imprensa nacional: “Rondônia – 12% da população indígena do Pólo-Base de Guajará-mirim estudada é portadora do vírus da hepatite B e C” (CIMI, 2007a).

Os outros atores sociais não podiam mais silenciar, tendo em vista a repercussão da notícia:

(...) a gente tem todos arquivados [os dados], mas não foram poucos que eu lembro que na época nos fizemos um relatório contando essa situação, a gente precisava se resguardar (...) o relatório se tornou assim, tornou publico, foi pra Brasília, foi um sufoco! (Participante 2).

Ele [o CIMI] nos procurou, porque teria acontecido, um tempo anterior, um inquérito sorológico sobre hepatite entre os Wari', e que os responsáveis por esse inquérito não estariam divulgando os resultados, e ele sabia que vários índios estariam com infecção, e na verdade o que ele queria era em função dessa pesquisa, desse inquérito sustentar uma reivindicação de vacinação da população, essa era a demanda principal (Participante 3)

Com a denúncia encaminhada ao Ministério Público Federal, a própria FUNASA foi obrigada a desmentir as informações, esgrimindo números diferentes em seu site:

As informações contidas na reportagem não procedem, uma vez que as amostras colhidas no ano de 2005 foram de 793 e não 836 como consta na matéria, destas 30 foram positivas para hepatite (...) das 836 amostras referidas na reportagem, 43 pertenciam a funcionários das prestadoras de serviços do Polo-Base de Guajará-mirim (...)

A Assessoria de Comunicação da FUNASA em nota enviada ao CIMI, de caráter mais técnico, relatou ainda que das amostras positivas se alcançava um percentil de 7,3% de casos e não de 12% como havia sido divulgado na imprensa, e que os casos encontrados estariam concentrados nas aldeias Ricardo Franco, Baía das Onças, Sagarana e Deolinda. Argumentava ainda que a situação havia sido comunicada em 06 de dezembro de 2005 a prefeitura do Município e a coordenação do Programa de DST e imunização da cidade, no intuito de delimitar as metas. Quanto à demora na entrega dos dados, o documento era lacônico: “os dados nunca foram sigilosos dentro de parâmetros profissionais”.

Esta discrepância de informações entre as organizações governamentais e não-governamentais descontentou o MPF. Ele exigiu das instituições responsáveis pelo atendimento à saúde a elaboração de um documento consolidado que respondesse de fato a duas questões: (i) quantas pessoas tinham sido identificadas no inquérito sorológico e, (ii) quais os encaminhamentos efetivos da situação observada.

Assim, em agosto de 2007, foi iniciado o segundo inquérito sorológico, com a meta de atingir a 100% da população indígena com os marcadores para hepatites B e C. Esta pesquisa iniciaria nas aldeias anteriormente pesquisadas e somente nesta

ocasião teria sido entregue pela FUNASA os resultados da pesquisa de 2005 aos indígenas. Foram realizadas as coletas de 1.326 amostras, destes 1.249 indígenas e 77 funcionários familiares do DSEI.

De posse dos resultados, o MPF reuniu os órgãos responsáveis nos dias 27 e 28 de maio de 2008 em Guajará-mirim, para elaboração de um Termo de Ajustamento de Conduta, a ser cumprido pelas partes sob pena de responsabilidade administrativa.

Estes embates com a FUNASA culminaram em um documento do CIMI encaminhado ao MPF, após a reunião, intitulado “Histórico das hepatites virais na população indígena de Guajará-mirim”. Neste relatório observa-se ora a história das hepatites virais em ordem cronológica, ora os fatos marcantes no processo de desenvolvimento da doença naquela população. Nos pormenores incluiu os registros de nomes de indígenas que evoluíram a óbito por complicações decorrentes da hepatite viral, comprovada por sorologia ou pelas características clínicas apresentadas. Ou seja, retirou a doença dos registros estatísticos para a nomeação das pessoas mortas.

A este histórico o CIMI juntou matéria sobre a “Desassistência na saúde indígena no Pólo-Base de Guajará-mirim no DSEI Porto Velho/RO” e um documento técnico intitulado “Quadro comparativo da assistência à saúde indígena no Pólo-Base de Guajará-mirim no DSEI de PVH”, com indicadores de saúde entre os períodos de janeiro de 2000 a abril de 2004 (Convênio CUNPIR/FUNASA) e maio de 2004 a janeiro de 2008 (FUNASA).

O conjunto documental constituía uma fundamentada denúncia contra a FUNASA, que não conseguia prestar assistência à saúde às populações indígenas. Em 2010 foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI, vinculada diretamente ao Gabinete do Ministro da Saúde, retirando da FUNASA esta atribuição. Na montagem do novo Conselho Distrital de Saúde Indígena, responsável pelo controle social, o CIMI foi sumariamente retirado como representante da sociedade civil.

O CIMI sempre assumiu o papel social de mediador entre a população indígena e os órgãos governamentais responsáveis pelo atendimento às demandas. Por outro lado, ele era percebido como fiscalizador/controlador social. Na comunicação interinstitucional estas articulações estavam longe de ser pacíficas, pois ocorreram

sempre por meio de denúncias nos veículos de comunicação, em especial no próprio site da organização (CIMI, 2007a; 2007b; 2008; 2010).

Reconhecidos ou rechaçados pelas instituições governamentais, o acesso que ele tem as aldeias facilita a obtenção de dados em campo, fundamentando suas denúncias. Os integrantes do Conselho, depois de décadas de acompanhamento da população indígena, conhecem cada aldeia em detalhes, as carências dos serviços, cada habitante, cada nascimento e cada óbito. Assim, podem influenciar a articulação dos processos políticos e nas relações destas populações com outros indivíduos e/ou instituições.

Em relação às políticas de saúde o CIMI ancorava seu discurso crítico na especificidade sociocultural. Ou seja, seria necessário “conhecer a realidade” em que as pessoas vivem, em especial suas relações de parentesco, de amizade ou antagonismo, e suas representações do processo saúde e doença. Ao reconhecer que a comunidade Wari’ possui laços familiares e uma herança cultural peculiar e em posse do conhecimento das formas de transmissão das hepatites B, C e D, haveria que se considerar estas variáveis para subsidiar as formas de atuação nestas populações.

Do ponto de vista científico faz sentido. Em trabalho realizado com os índios Baníwa da região do Alto Rio Negro sobre as representações sociais com o intuito de compreender as relações entre a cosmologia do grupo, suas representações da doença e práticas de cura e a dinâmica de transformação em situações de contato interétnico, Garnelo & Wright (2001) destacam que aqueles indígenas classificam as doenças ocorridas após o contato de acordo com sua própria lógica, não necessariamente correspondente as lógicas e concepções biomédicas. O mesmo é defendido por Conklin (1994) quando em trabalho de campo com os Wari’ identificou que *“a vitalidade integral do corpo determina a plenitude da saúde”* e ainda, que este grupo *“avalia o sistema médico ocidental com base nos princípios do sistema médico tradicional”*.

As reivindicações do CIMI também estavam de acordo com as normas da Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI): o índio tem direito a atendimento diferenciado. Este subsistema próprio deve garantir ao índio a facilidade de acesso aos serviços de saúde para sanar as necessidades apresentadas pelo indivíduo ou comunidade.

O conceito de atendimento diferenciado impõe medidas de promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação destas populações dentro de condições especiais. Os recursos financeiros, humanos e materiais, os desafios da logística, o treinamento de pessoal, constituem uma intrincada rede a exigir uma gestão ágil e competente. A gravidade das hepatites, entrelaçada com a obrigatoriedade do atendimento diferenciado, colocava em xeque a gestão em saúde indígena, impregnada pelo arcabouço burocrático característico das instituições públicas no Brasil.

4.2 A SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GUAJARÁ-MIRIM E O NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL/NUVEPA

A década de 80 foi marcada por profundas transformações políticas no que se refere à área de saúde no Brasil. Após a legitimação do direito à saúde pelos povos indígenas de maneira integral e diferenciada na Constituição Federal de 1988, revigorada na Lei Orgânica da Saúde em 1990, foi formulada a Política Nacional de Saúde Indígena em 1999, que através da chamada Lei Arouca no mesmo ano, instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, sob a gestão direta da FUNASA e do Ministério da Saúde (FUNASA, 2002; GARNELO & PONTES, 2012).

No Sistema Único de Saúde – SUS, a esfera municipal assume lugar fundamental para o desenvolvimento das políticas de saúde, uma vez que é responsável por planejar, organizar, controlar, gerir, executar e avaliar as ações e serviços de saúde à população. Sendo o nível mais próximo do indivíduo, a gestão municipal deve ser responsável pelas ações de orientações quanto ao acesso ao serviço e ainda participar do planejamento regional e estadual (BRASIL, 2002).

Assim, a esfera municipal é o nível mais próximo do indivíduo. Considerando a diversidade sociocultural, distância geográfica, distribuição territorial dos povos indígenas, bem como as diferentes formas de contato e colonização e a inserção destes indivíduos na sociedade, ela tem a função de participar da regionalização deste atendimento diferenciado e integral (CHAVES *et. al.*, 2006).

Contudo, segundo Garneiro & Pontes (2012), a municipalização do atendimento em saúde pode ser considerada impactante sobre os direitos indígenas pois, historicamente, cristalizou-se o consenso de que a política indigenista deve ser de responsabilidade do governo federal, uma contradição quando comparado aos

princípios do SUS que direciona a atenção enquanto descentralizada. Estes autores apontam que o preconceito contra os indígenas pode ser mais ostensivo nas áreas municipais, onde as tensões entre índios e não índios aparecem de forma mais aguda.

As ressalvas quanto a atuação dos profissionais da medicina ocidental que lidam diretamente com os povos indígenas são antigas. Os dois lados envolvidos na relação apresentam queixas. Conklin (1994), em estudo etnográfico realizado entre 1985 e 1987 junto aos Wari', relatava a existência de muitas reclamações por parte dos profissionais da FUNAI quanto aos índios, culpando-os pela falta de compreensão para os tratamentos das doenças, dificultando a adesão. Os indígenas, por outro lado, queixavam-se das recomendações incompletas, incompreensíveis ou que se chocavam com suas crenças e práticas.

Na medicina ocidental é sabido que a falta de assimilação de determinado procedimento pode resultar em não aceitação do paciente as recomendações e orientações profissionais. O fato se agrava quando profissionais e pacientes não partilham dos mesmos códigos semânticos e culturais. A introdução de profissionais de determinada cultura em outras sociedades, com costumes, preceitos éticos e morais próprios, cria barreiras por vezes intransponíveis.

Assim, a saúde indígena estava direcionada para a FUNASA, mas ao mesmo tempo parte desta assistência seria realizada pela Secretaria de Assistência a Saúde (SAS), facilitando a interlocução com as esferas de gestão municipal. Atualmente, pelo Decreto nº 7.336 do Ministério da Saúde de 2010, esta função retorna ao Ministério da Saúde através da criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), que mantém as atribuições da SAS junto às secretarias municipais (GARNELO & PONTES, 2012).

A Secretaria Municipal de Saúde de Guajará-mirim (SEMSAU) está localizada a Avenida Costa Marques no centro do município, próxima ao Hospital Regional, ofertando atendimento em nível ambulatorial com atividades de baixa e média complexidade.

A estrutura da SEMSAU contempla o Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Ambiental (NUVEPA), que participou diretamente da realização do inquérito sorológico para hepatites virais entre indígenas. De 2005 participaram as representantes da NUVEPA (participantes 2 e 3) que, permanecem ligadas a secretaria até os dias atuais.

A SEMSAU e o NUVEPA assumiram papel importante quanto aos primeiros levantamentos de dados epidemiológicos nas áreas indígenas de Guajará-mirim, onde realizaram os rastreamentos que fundamentaram o desenvolvimento dos inquéritos posteriores. Tais rastreamentos foram motivados pela demanda de pacientes com quadros sugestivos de hepatites de origem a esclarecer:

Na minha transferência para o núcleo de vigilância epidemiológica, nós começamos a identificar e me chamou muita atenção o número de casos nos indígenas, porque estava concentrada numa mesma área então minha atenção se voltou para isso. Em 2004 nós começamos a fazer um trabalho intenso que foi de acompanhar esses casos que estavam sendo notificados. Porém eles eram notificados e não eram encerrados, isso significava que a equipe da saúde indígena apenas notificava em cima dos exames, mas não realizava o acompanhamento desses indígenas e nem das famílias (Participante 2).

As gestantes foram incluídas dentro do programa de HIV, DST e Hepatites virais sendo coletadas as primeiras sorologias, com o acompanhamento em 2005 de quatro gestantes, quanto à realização do esquema vacinal. Estas estavam distribuídas da seguinte forma: 01 na aldeia Ricardo Franco, 02 na aldeia Tanajura, 01 na CASAI.

Estes indícios epidemiológicos existiam na NUVEPA, através da notificação realizada pelo Sistema de Informações de Agravos de Notificação, a época, no formato SINANW. Contudo, entre os anos de 1999 e 2000, o município de Guajará-mirim notificou os dados de hepatites virais sem especificar o item designado como “raça”. Portanto, todas as notificações pelo SINANW para a população de Guajará-mirim constavam como Ignorado/Branco, em um total de 60 casos em 1999 e outros 40 casos em 2000. Entretanto, ao realizar investigação nominal nas listas obtidas em trabalho de campo foi possível localizar etnias indígenas nos referidos anos, conforme destacado na tabela abaixo.

Tabela 3 – Comparativo entre a notificação da NUVEPA no SINANW, segundo raça e relatório nominal de notificação, 1999 a 2006, Guajará-mirim.

ANO	FONTE DE INFORMAÇÃO	
	Nuvepa ¹	Sinan-W ² (Indígena)
1999	5	0
2000	2	0
2001	1	0
2002	3	2
2003	4	2
2004	8	7
2005	36	36
2006	62	62
Total	121	109

¹ Relatório nominal cedido pela NUVEPA

² Notificações Sinan-W, fonte NUVEPA

Com os primeiros indícios detectados para a realização do inquérito (denominado de ‘rastreamento’), os responsáveis reuniram-se para organizar as viagens até as aldeias. Neste processo, tanto a vigilância quanto o DSEI contribuíram com funcionários e materiais, enquanto o Estado, por meio do LACEN, realizava as coletas e análises.

Como já tinha os dados anteriores, a gente já sabia as localidades que precisava fazer essa ação e as famílias. Então a gente chegava naquela determinada área, a ação educativa era feita pra todos, sensibilizava todos os moradores daquela área. Através disso, a gente não podia direcionar, porque o índio se você chega - eu vou só nessa família aqui – os outros ficam “porque nessa família? O que tem?” Então não, a gente já fez de uma forma descentralizada, nós colocamos as ações educativas pra todos (...) aí a gente fez outras condutas, por exemplo, exames preventivos pra eles não ficarem tão receosos assim, pra não ficar muito na cara. Porque muitos já estavam com medo, é uma doença que mata, “- todos vamos morrer!” Era assim, elas já estavam assustados, porque se tornou público, notícia, então eles ficavam bem assustados (Participante 2).

O NUVEPA desconhece a realização de outras pesquisas ou inquéritos nesta população, em específico para as hepatites virais, em ano anterior a 2005. Contudo, confirma que os resultados dos exames colhidos naquele ano demoraram a ser entregues aos participantes, o que gerou a denúncia do CIMI. Os episódios

vivenciados após este pequeno relatório de apenas uma página foram descritos por um dos participantes.

(...) quando o relatório se tornou publico e foi pra Brasília, foi um sufoco! Eu não tinha sossego nem na minha casa, o telefone da minha casa era todo mundo atrás de mim 24 horas, foi assim assustador (...) até então estava silencioso (Participante 2).

Foi com base nele que o CIMI formulou a denúncia por descaso dos órgãos competentes ao MPF. Os dados estão apresentados na tabela a seguir.

Tabela 4 – Casos identificados no relatório referente ao inquérito de 2005, comunicados pela NUVEPA ao CIMI

EXAMES	Nº de casos
Anti-HBC total (Infecção passada ou falso-positivo ou janela imunológica)	38
HBsAg + Anti HBC total (Crônica ou final aguda)	14
HBsAg + Anti HBC total + Anti HBe (Cronica ou final aguda)	13
HCV	17
HBsAg (Incubação)	29
Anti – HBs (Imunidade vicinal)	07
HBsAg + Anti HBe (crônica ou final aguda)	01
TOTAL	119

Entre 2006 e 2007, segundo o NUVEPA, as atividades de pesquisas sorológicas tornaram-se rotineiras. Os índios faziam os exames na cidade de Guajará-mirim e aqueles que necessitavam de tratamento eram encaminhados para Porto Velho, ao CEPEN, centro de referência para hepatites virais em Rondônia.

Em 2007, com novas denúncias do CIMI em função do atraso e a cobrança dos indígenas quanto os resultados do inquérito de 2005, um novo inquérito foi organizado e segundo os participantes, com o objetivo também de entregar os resultados da primeira investigação.

A partir das denúncias de 2007 e com a chegada do Ministério Público Federal, foi realizada uma grande reunião para tratar dos casos de hepatite no Pólo

Base de Guajará-mirim. Nesta reunião realizada em 17 de julho de 2007 no prédio da NUVEPA, houve a participação da Secretária de Saúde, do diretor da NUVEPA, da Diretora Ambiental, da Diretoria de Epidemiologia, do Chefe do Pólo Base de Guajará-mirim, de representantes do DSEI Porto Velho, da CASAI de Guajará-mirim, Assessoria Indígena, LACEN, do Presidente do Conselho Local de Saúde Indígena, da Coordenadoria do Programa de Hepatites e uma representante do Núcleo de Epidemiologia do Estado de Rondônia.

Todas estes representantes de instituição reuniram-se com o objetivo de pactuar as ações de diagnóstico, tratamento, notificação e acompanhamento dos casos de hepatites virais na população indígena daquele município. Em breve relato, a ata da reunião, destaca a importância de passar todas as informações para a imprensa por formato de 'Nota Técnica', a fim de se evitar as distorções, e que as mesmas fossem de conhecimento tanto da FUNASA quanto da SEMSAU.

Tentava-se, assim, evitar a polêmica gerada após as publicações incompatíveis entre a FUNASA e o CIMI, com base no relatório do NUVEPA, quanto ao número de participantes do primeiro inquérito sorológico e o quantitativo de pessoas portadoras do vírus. O documento recebido pelo MPF em 10 de junho do ano de 2008, relatava o nome, sexo, filiação materna, aldeia, agente etiológico encontrado, data da notificação, data do início de tratamento e o número de registro do indígena no CEPEM.

Além disso, foram encaminhados os chamados casos velhos e casos novos. Na definição do NUVEPA, caso velho era aquele descoberto no inquérito de 2005 ou anterior a este, e caso novo, aquele descoberto a partir do inquérito de 2007-2008, bem como informados os indígenas que possuíam análise sorológica compatível com cura por infecção passada e o número de óbitos. Basicamente, os dados incluídos no consolidado como casos velhos somavam 174 indígenas do Vale do Guaporé, e mais 48 nomes como casos novos, além de mais 11 indígenas com sorologia sugestiva de cura por infecção passada.

Para o NUVEPA/SEMSAU as hepatites virais são parte de um cotidiano burocrático que estabelece rotinas de diagnóstico, encaminhamento e notificação nos sistemas devidos. O fato das hepatites atingirem indígenas não as distinguia, nem suscitava preocupações diferentes daquelas normalmente dedicadas à doença. A ancoragem no campo burocrático possibilitou que o CIMI tivesse acesso a dados

tão zelosamente guardados pela FUNASA. Da mesma forma que durante esta pesquisa foi possível localizar os relatórios ainda arquivados conforme as normas.

O conflito desencadeado em torno das hepatites parecia sem sentido e a repercussão “assustava” os técnicos. Faziam parte das equipes de realização do inquérito sorológico e seus resultados eram lançados sob a forma de números em planilhas. Eles estavam apenas fazendo seu trabalho, cumprindo com sua obrigação de servidores públicos ao identificar, encaminhar e notificar os casos de hepatites virais entre os índios Wari’.

4.3 O CENTRO DE ESTUDOS EM SAÚDE DO ÍNDIO DE RONDÔNIA – CESIR

O Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia (CESIR) foi criado em 1996 através do convênio celebrado entre a Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR) e a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. O objetivo principal deste centro de pesquisa está em “executar e assessorar pesquisas interdisciplinares nos mais diversos campos da saúde entre populações indígenas de Rondônia e de estados vizinhos”, assim como contribuir para a “formação de recursos humanos especializados em saúde indígena”. Ele é um centro de pesquisas vinculado a Universidade Federal de Rondônia e funciona em prédio próprio no campus universitário de Porto Velho, localizado na BR 364, km 9,5 (CESIR, s.d.).

Segundo as informações colhidas com o CESIR, o primeiro convite para participar das atividades ou das ações para o controle das hepatites foi através de um contato que o CIMI realizou a época, enquanto realizavam pesquisas com os índios nos diversos aspectos de saúde. A maior preocupação era com os resultados do inquérito sorológico, nunca divulgados. Como os exames eram realizados pelo LACEN fora de Guajará-mirim, “teria uma justificativa dizendo, tá demorando, não temos os resultados ainda” (Participante 4).

Com as denúncias ao Ministério Público Federal o CESIR foi oficialmente convidado a participar das ações, com papel importante na intermediação entre o CEPEN, com o Laboratório de Hepatites, o MPF, FUNASA, o Laboratório Central e a Secretaria Municipal de Saúde.

Os índios começaram a se incomodar com isso [demora na entrega nos resultados] o CIMI teve um papel importante nesse processo, por que com um médico, cobrava uma ação importante nessa área, ele era sabedor da importância das ações de controle de uma doença como a hepatite B entre os índios, e com isso os índios se organizaram, e eles foram ao Ministério Público Federal, onde eles cobraram uma intervenção mais efetiva, e aí fomos chamados (Participante 4).

A maioria dos trabalhos em saúde indígena realizados em Rondônia ou foram elaborados pelo CESIR ou contaram com a sua participação no processo de construção da pesquisa. Enquanto um centro de pesquisa que há muitos anos atuava na área conhecia a situação de saúde vivenciada por estas populações e gozava, portanto, de credibilidade científica.

A participação do CESIR parecia interessar aos outros atores sociais, podendo cancelar cientificamente as diferentes representações. Desta forma, ao CIMI interessava um aliado:

Porque teria acontecido a um tempo anterior, um inquérito sorológico sobre hepatite entre os indígenas, e que os responsáveis por esse inquérito não estariam divulgando os resultados, e ele sabia que vários índios estariam com infecção, e na verdade, o que ele queria era em função dessa pesquisa, desse inquérito, sustentar uma reivindicação de vacinação da população, essa era a demanda principal (Participante 4)

Na análise da distribuição da prevalência da hepatite B na região de Guajará-mirim, pode-se verificar que a doença tem um impacto importante naquela região, para índios e não índios. O desenvolvimento de um programa na região era necessário, visto o fluxo de indígenas que vivem em contato rotineiro com a cidade, e o número de portadores de hepatites virais não indígenas que em 2007 atingiam a marca de 156 notificações através do SINAN-NET.

O CESIR participou da negociação do programa de controle, estruturado em torno do CEPEM que começou a desenvolver as atividades com a participação de médicos, residentes de infectologia e os alunos do internato do curso de medicina. A logística inicial estabelecia que a cada 15 dias a equipe se deslocaria para Guajará-mirim, lá permanecendo durante o final de semana. Ao mesmo tempo eram providenciados os agendamentos de índios e não índios pelos órgãos locais. Assim, estabelecido o local de atendimento e agendados os pacientes, a equipe podia otimizar seus trabalhos.

Na época o objetivo era tentar montar uma estrutura inicial para estabelecer um programa de controle de hepatite para os índios e a

população de Guajará-mirim, não era voltado exclusivamente aos índios (Participante 4).

O projeto de estruturação inicial para o tratamento de hepatites consistia na implantação de um Ambulatório Especializado de Hepatites Virais no município de Guajará-mirim. Como objetivos específicos, o CESIR e o CEPEM articularam a estruturação de um consultório médico, capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde Indígena para o atendimento primário das hepatites virais naquelas comunidades, investigação epidemiológica, orientação da vacinação dos contatos domiciliares/sexuais dos casos positivos da doença e recém-nascidos portadores do vírus e o acompanhamento de todos os membros de um mesmo núcleo familiar a partir da data de início de tratamento, com realização de exame sorológico trimestral para hepatite B, durante o período de um ano.

A aparente simplicidade do programa obedecia aos cânones científicos. De acordo com Castellanos (1990), do ponto de vista do ator social, uma situação de saúde e doença deve conter: 1. Uma seleção de problemas e fenômenos que afetam o grupo de população estudada; 2. Uma enumeração de fatos que são assumidos como relevantes; 3. Uma explicitação, que se caracteriza pela percepção do complexo de relações entre os múltiplos processos, em diferentes espaços que produzem o problema. Desta forma, o mesmo autor diz que:

A “situação de saúde” de um determinado grupo de população é, portanto, um conjunto de “problemas” de saúde “descritos” e “explicados” a partir de uma perspectiva de um ator social, isto é, de “alguém” que decide uma conduta determinada em função de tal situação.

O programa de controle desenhado contemplava indubitavelmente os pressupostos elencados, ou parte deles. O problema de saúde estava selecionado, descrito e explicado, assim como as condutas estavam definidas a partir da perspectiva de um ator social. Faltava, porém, a explicitação do complexo de relações entre os múltiplos processos, em diferentes espaços que produzem o problema.

O mesmo autor (CASTELLANOS, 1990), afirma que o coletivo, o social não se limita apenas ao somatório de casos individuais: tem sua expressão implícita em nível de grupo, mas também em nível de indivíduos. Assim, as concepções mais tradicionais sobre o processo saúde e doença tiveram que abrir espaço para

conceitos mais integralizadores, com maiores chances de apreender os processos determinantes de saúde, e desta forma, explicar os processos mais gerais da sociedade com a saúde dos indivíduos e dos grupos sociais.

Embora definido pela Organização Mundial de Saúde, o conceito de saúde pode ser considerado como impreciso, ou seja, ao mesmo tempo em que possui relevância significativa, não permite sua definição com objetividade ou ainda sem requerer algum grau de abstração. De acordo com Sabroza (2001), os conceitos imprecisos, embora com limites pouco precisos, são definidos a partir de questões centrais e de sua relação com outros conceitos sob a ótica de um determinado período histórico.

Sciliar (2007) explica ainda que o conceito de saúde reflete também a conjuntura social, política e cultural, assim sendo, dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, de concepções científicas, religiosas e filosóficas.

A reforma sanitária assim como a saúde pública no Brasil contou no início com pouca adesão no seu projeto técnico de ação entre os médicos. Desta forma, inicialmente as medidas de saneamento do meio foram implementadas por engenheiros e administradores públicos. Com o avanço da Era Bacteriológica, gradativamente, a medicina abraçou a causa da saúde pública, colocando este importante instrumento de conhecimento a serviço deste modelo de atenção (SILVA, 1979).

Sob a forma de revolução científica originada pela bacteriologia, a medicina então prosseguiu no sentido fixo de estudo das doenças infecciosas, sobrepondo-se a quaisquer considerações sociais. Os marcos lançados na transição do século XIX ao século XX estabeleceram as bases da medicina moderna. A prioridade, de acordo com Salum *et al.* (1998), voltou-se para o combate de doenças agudas com imunização e tratamento, a reorganização do ensino médico, o direcionamento para a definição biológica da doença e sua possibilidade de erradicação.

A abordagem unicausal da doença, que relaciona a degradação da saúde a um único agente causador, prevaleceu como ponto em comum, e assim, implantou-se os princípios de tratamento unilateral (SABROZA, 2001; BUSS & PELLEGRINI FILHO, 2007).

Mais modernamente a ocorrência da doença passou a ser abordada sob o prisma da multicausalidade, incorporando os fatores psicossociais no adoecimento

do ser humano. Nesta perspectiva, a intervenção seria baseada em múltipla direção, de modo a abranger os fatores multicausais.

Esse suporte realizado pelo CESIR na implantação do programa, ou assessorando o MPF, para a resolução do problema hepatite no Vale do Guaporé correspondia diretamente ao motivo para o qual foi criado. Na qualidade de centro de estudos ancorou a questão das hepatites naquela população no campo científico. Mas, embora conhecendo a perspectiva histórica dos modelos de intervenção no processo saúde e doença, não pode teve condições de agregar estas condicionantes ao programa executado.

4.4 A PARTICIPAÇÃO DO CENTRO DE PESQUISA EM MEDICINA TROPICAL/CEPEM

O Centro de Pesquisa em Medicina Tropical está localizado à Av. Mamoré no município de Porto Velho, em prédio anexo a unidade hospitalar referência para o tratamento de doenças transmissíveis em Rondônia. Possui um Laboratório de Especializado de Hepatites que atende todo o Estado conforme os encaminhamentos realizados por outros serviços de saúde. Ele encontra-se credenciado ao Sistema Único de Saúde/ SUS, para a realização de exames, acompanhamento médico-laboratorial e aplicação de tratamento aos casos necessários.

Quanto ao início da participação do CEPEM na situação das hepatites de Guajará-mirim, se observa a seguinte descrição.

Entramos a pedido do Ministério Público Federal, quando se fez um movimento interinstitucional para ver o problema de hepatite na população indígena da região de Guajará-Mirim. Então nós fomos chamados para participar porque somos o centro de referência para o tratamento das hepatites virais no estado de Rondônia (...). Antes dessa data nós tratávamos vários pacientes no ambulatório, pacientes, digamos, assim de forma avulsa, então esses pacientes vinham da FUNASA, a FUNASA trazia, e agente iniciava o tratamento deles, nós não fazíamos tratamento (em si) lá na aldeia ou no município deles (Participante 5).

Após a identificação do número de casos no inquérito sorológico de 2005, a FUNASA necessitava dar os encaminhamentos necessários, tanto por razões médicas, quanto por razões políticas, considerando a pressão sofrida pela

divulgação dos dados na mídia nacional. Providências precisavam ser tomadas urgentemente, pois o consenso era de que “quanto mais se pesquisa mais casos novos aparecem”.

Pela metodologia do programa estava prevista a realização de atendimento médico especializado, testes hematológicos e bioquímicos, testes hormonais, testes de triagem sorológica para hepatites virais e testes de biologia molecular.

Ai se traçou mais ou menos um plano de ação, em termos gerais de todas as instituições. Nós fomos os únicos que permanecemos trabalhando lá, então todos os outros participantes no começo ajudaram um pouco e depois ficamos por nossa conta. Depois que começamos o projeto de atendimento deles ai mantivemos esse atendimento somente por questão de beneficência vamos dizer, mais por questão de interesse de pesquisa (...) e porque levávamos conosco, cada vez que íamos atender, os residentes que estão em formação da medicina e alguns alunos de alguns períodos, que também participavam, como iniciação científica, no atendimento de pacientes, então se manteve até hoje (Participante 5).

Se a concepção do programa era simples, sua logística era complexa, exigindo dos diferentes órgãos envolvidos uma sintonia fina. O deslocamento da equipe do CEPEM seria financiado com diárias e transporte da FUNASA. A remoção dos pacientes indígenas das aldeias para o atendimento na cidade estava a cargo da CASAI de Guajará-mirim, exigindo disponibilidade de carros e barcos, motoristas e pilotos. O ambulatório seria suprido pela SEMSAU e LACEN nas suas competências. A mudança da responsabilidade da FUNASA para a SESAI parece não ter modificado o quadro de penúria e abandono.

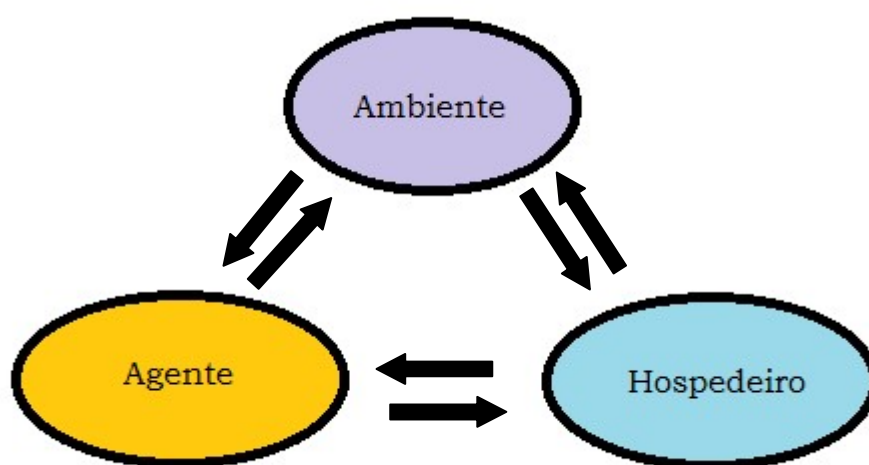
Com a criação da nova secretaria de atendimento para indígenas a situação ficou muito precária em termos disponibilidade de transporte, diária para irmos, então esse ano [2011] nós fomos duas vezes só por conta desse projeto, mas começamos o tratamento de um grupo de 15 pacientes, estamos indo uma vez por semana, fomos o primeiro mês agora a cada 15 dias, temos um acompanhamento por conta própria (...) Uma vez por mês foi no ano 2009, 2010 foi uma vez a cada 2 meses vamos dizer fomos 2 ou 3 vezes, porque faltou esse apoio para deslocamento (Participante 5).

Para além dos problemas próprios das organizações burocráticas é interessante considerar os aspectos mais teóricos da intervenção biomédica. De acordo com Leavell & Clarck (1976) o modelo de história natural da doença comporta três nível de prevenção. Nestes, poderiam ser aplicados medidas com objetivos de desenvolver uma saúde pela proteção específica do homem contra

agentes patológicos ou pelo estabelecimento de barreiras contra os agentes do meio ambiente.

Desta forma, os autores consideraram a interação de três elementos, denominados “tríade ecológica”: o agente, o ambiente e o hospedeiro. A doença seria resultante do desequilíbrio entre as relações existentes neste sistema (Figura 4).

Figura 4 – A tríade ecológica do modelo multicausal



Assim, o conhecimento biomédico obteve um método para a prevenção e controle de doenças nas populações. Seriam dois os domínios possíveis de promoção da saúde: o meio externo, de onde interagem determinantes e agentes em relação com o meio ambiente; e o meio interno, onde se desenvolve a doença no organismo vivo. Os fatores externos contribuem para o adoecimento e estão caracterizados pela natureza física, biológica, sociopolítica e cultural. O meio interno é o lugar individual onde se processam modificações químicas, fisiológicas e histológicas próprias da enfermidade no indivíduo doente - enfim, onde atuam fatores hereditário-congênitos, aumento/diminuição das defesas e alterações orgânicas (PUTTINI *et. al.*, 2010).

O processo natural da doença reflete no corpo humano e evolui em dois períodos consecutivos: 1. O período pré-patogênico, em que a patologia ainda não manifesta sinais e sintomas, e neste podemos identificar enquanto determinantes intrínsecos ao sujeito que estruturam disposições ao adoecimento: os agentes físicos e químicos, biopatógenos, agentes nutricionais, agentes genéticos,

determinantes econômicos, culturais e psicossociais. Esse período etiológico caracteriza-se também pelo nível de atenção primária, porque é possível atuar coletivamente com ações de prevenção, promovendo a saúde (com educação, por exemplo) e fazendo a proteção específica (por exemplo, com vacinas). 2. O período patogênico, no qual se observa ativo o processo patológico, período em que a doença se processa naturalmente no corpo do ser humano, iniciam-se as primeiras alterações no estado de normalidade, pela atuação de agentes patogênicos. Seguem-se perturbações bioquímicas em nível celular, provocando distúrbios na forma e função de órgãos e sistemas, evoluindo para as seguintes possibilidades: defeito permanente (sequela), cronicidade, morte ou cura (PUTTINI *et. al.*, 2010).

Enquanto unidade de referência para tratamento de portadores de hepatites virais, o CEPEM atua em conformidade com o modelo biomédico. E foi neste modelo que ancorou as hepatites virais dos povos indígenas.

4.5 AÇÕES DO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL EM RONDÔNIA NO CASO DAS HEPATITES VIRAIS NO VALE DO GUAPORÉ

Em 10 de outubro de 2008, a 6^a Câmara de Coordenação e Revisão do Ministério Público Federal, através da Portaria 010/08 instalou Inquérito Civil Público com o objetivo de acompanhar as ações relativas ao combate das hepatites virais junto a população indígena de Guajará-mirim, vinculada ao DSEI Porto Velho, face as denúncias apresentadas pelo CIMI e pressões de representantes indígenas. O inquérito ainda está inconcluso e foi prorrogado por mais um ano a partir de setembro de 2011. A morosidade é explicada pelo MPF devido a enorme demanda de serviço, a ausência de estrutura auxiliar nas investigações e, em especial, dos núcleos de perícias e diligências.

Consta nos autos o relatório do inquérito sorológico realizado em parceria pela FUNASA e SEMSAU no período de 12 a 26 de setembro de 2005, com informe dos dados em cinco aldeias em Guajará-mirim. É destacado que se trata de região de alta prevalência para hepatite Delta e também a existência destes portadores nos registros do Ambulatório Especializado de Hepatite, sem o devido acompanhamento regular. Desloca parte do problema para os usuários que não comparecem nas

datas agendadas para atendimento, justificando desta forma a implantação de um pólo específico para tratamento completo de hepatite no Município de Guajará-mirim.

A FUNASA atribui a interrupção do fluxo adequado de atendimento aos portadores a alta rotatividade de profissionais envolvidos nas questões indígenas. Para ela isto dificulta a continuidade das ações e atendimento desta demanda. Contudo, omite que as atividades de rotina eram realizadas pela equipe do CEPEN.

No relatório consubstanciado de sorologia para hepatite B realizada nas aldeias do Pólo-base de Guajará-mirim em 2007, constam as identificações de novos casos. Mas, admite que não foi realizada a pesquisa de Anti-HDV total em nenhuma das amostras, por falta de kits sorológicos que deveriam ter sido disponibilizados pelo Ministério da Saúde. O relatório discrimina um total de 1.326 coletas, realizadas no período de 17 a 28 de agosto de 2007, com o processamento de 1.277 amostras na LAFRON com obtenção de resultado sorológico. Quanto as demais amostras não informa o que poderia ter ocorrido. Das coletas realizadas na CASAI de Guajará-mirim 51 das 106 pessoas não eram indígenas e sim, funcionários da CASAI. Os marcadores incluíram a realização de HBsAg, Anti HBs, Anti HBC-IGM, Anti HBC Total.

Em 09 de junho de 2008 a SEMSAU informou a relação de exames que são realizados no laboratório do município conveniado ao SUS, e também aqueles realizados no laboratório conveniado ao município.

Após a solicitação a FUNASA sobre informações acerca do atual estágio quanto aos procedimentos de aquisição de material específico para o tratamento de hepatites, obteve-se a resposta no dia 17 de junho de 2008 de que o mesmo permanecia em processo licitatório, porém, em andamento.

Todas as ações realizadas posteriormente a entrada do MPF nesta situação deveriam ser comunicadas ao órgão para o acompanhamento necessário naquela região. Assim, a FUNASA encaminhou o primeiro comunicado em 09 de julho do referido ano o relatório da Ação de Atendimento aos Pacientes Portadores de Hepatites Virais, ocorrido nos dias 05 e 06 de julho, no Centro de Saúde Carlos Chagas em Guajará-mirim, em que 41 consultas foram agendadas à população indígena com o comparecimento de 39 indígenas. Demais ações foram descritas em agosto, outubro e dezembro do referido ano.

Em 08 de dezembro de 2008, a FUNASA comunicou que em parceria com a UNIR, SEMSAU, CEPEM e MPF, foram determinadas as competências das instituições envolvidas na manutenção do ambulatório na cidade de Guajará-mirim. Desta forma, observava-se a seguinte divisão de trabalho:

- UNIR – implantação do projeto idealizado.
- CEPEM – acompanhamento e/ou tratamento dos casos identificados;
- SEMSAU de Guajará-mirim – manutenção física do ambulatório, com a disponibilização do Posto de Saúde Carlos Chagas. Contudo, em dezembro do mesmo ano a SEMSAU comunicou ao MPF que havia um déficit de recursos humanos para o atendimento das hepatites virais indígenas e não indígenas, com falta de enfermeiros com capacitação, técnico em enfermagem, assistente social com capacitação e farmacêutico.
- FUNASA – Diárias referentes ao deslocamento dos profissionais envolvidos no ambulatório e acompanhamento dos casos, além da conclusão do estudo epidemiológico de Guajará-mirim.

O MPF tem suas atribuições reguladas pela Constituição Federal de 1988, por meio do art. 129. Nele, destaca-se o inciso V: *defender judicialmente os direitos e interesses das populações indígenas*. O CIMI buscava esta defesa quando formulou a denúncia contra a FUNASA (BRASIL, 1988).

O Ministério Público ancorou sua atuação no campo jurídico, obrigando as instituições governamentais a instaurarem medidas que atendessem o mais rápido possível a população indígena e não indígena de Guajará-mirim, quanto a situação das hepatites virais

4.6 A FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE E SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA

Em 1910 foi criado o Serviço de Proteção ao Índio (SPI) que objetivava proteger e integrar o indígena, atuando de diferentes formas até 1967, quando foi extinto e substituído pela Fundação Nacional do Índio – FUNAI, que vigora até os dias atuais (ISA, 2011a). Elas foram responsáveis pela assistência à saúde indígena até 1999, quando a responsabilidade de realização das ações de saúde voltadas à

população indígena passou para a Fundação Nacional de Saúde – FUNASA (FUNASA, 2010).

Em Rondônia, nos anos de 1983 a 1989, o Projeto Polonoroeste trouxe melhorias na infraestrutura médica, na construção de farmácias-enfermarias nas aldeias, escolas e casas para os funcionários da FUNAI, além da aquisição de barcos e outros equipamentos para os postos indígenas. Com o fim do subsídio, os serviços médicos e outros foram gradativamente sofrendo cortes (ISA, 2011b). Contudo, segundo Leão *et al.* (2004), de forma geral o programa deixou alta mortalidade e desestruturação social das populações, aumento de conflitos e perdas territoriais significativas.

A Constituição brasileira de 1988 estabeleceu um perceptível avanço nas relações entre o Estado e as populações indígenas, ao definir a saúde como direitos de todos e dever do Estado, reconhecendo o índio como sujeito de direitos, conforme previsto nos artigos 231 e 232, favorecendo-os em atenção integral e específica na área da saúde (GARNELO *et al.*, 2003; BERTOLANI & LEITE, 2009).

A I Conferência Nacional de Saúde Indígena realizada em 1986, estabeleceu dois princípios gerais, resultado das pressões maciças do movimento indígena, com expressiva participação das lideranças e outros representantes institucionais e de ONGs: (i) a necessidade de criação de um subsistema de atenção a saúde; (ii) o respeito as peculiaridades tradicionais dos grupos indígenas (SANTOS *et al.*, 2008).

A partir da II Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em 1992, visando alinhar as questões de realidades socioculturais pertinentes aos diversos grupos indígenas, principalmente no que tange a equidade e integralidade da assistência, aprimorou-se as discussões sobre a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI's), nos mais diversos Estados do país (BERTOLANI & LEITE, 2009). Além disso, dentre os resultados, a conferência recomendou que o Ministério da Saúde fosse o mantenedor da atenção sanitária aos povos indígenas, estendendo os princípios e diretrizes do SUS a estes povos, conforme previsto na Constituição (SANTOS *et al.*, 2008).

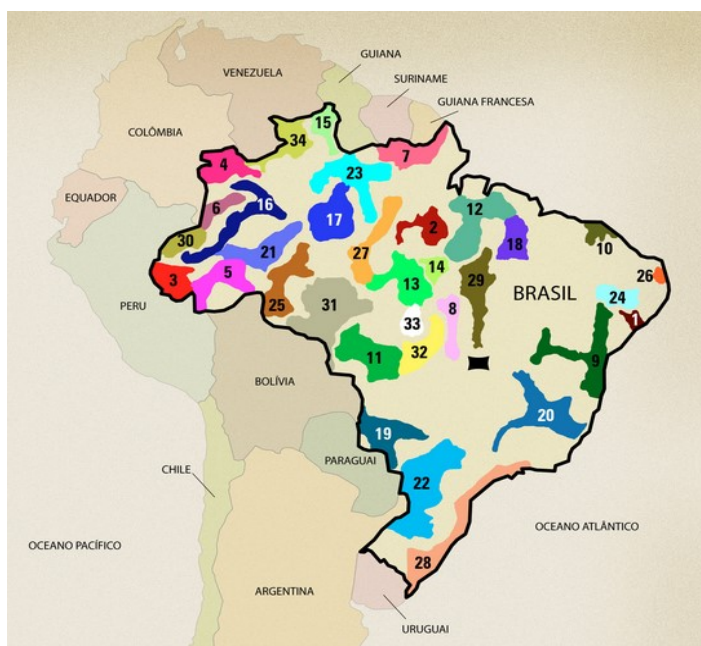
O modelo de atenção gerado no evento foi organizado na forma de subsistema do SUS, com a criação dos DSEI's em bases ordenadas, segundo critérios de abrangência demográfica, étnicos e história ocupacional (GARNELO *et al.*, 2003).

Em 1994, a FUNAI obteve a revogação do Decreto nº 20, e novamente retomou a responsabilidade pela saúde indígena. Este fato foi revisto após a promulgação da Lei nº 9.836, legalizando as recomendações da II Conferência e retornando a saúde indígena para o âmbito do Ministério da Saúde, que delegou a FUNASA como instituição responsável pelas execuções dos serviços que atenderiam o subsistema.

Alegando falta de estrutura a Fundação definiu como estratégia a realização de convênios com organizações não-governamentais, ou com os sistemas municipais de saúde mais próximos dos territórios indígenas. Esta opção foi severamente criticada por organizações indígenas, tendo em vista o descontentamento quanto as ações realizadas pelas prefeituras e algumas ONG's (GARNELO *et. al.*, 2003).

Em 1999 foi criado o Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). Esta política de saúde voltada especificamente para os grupos indígenas, foi construída com base nos princípios de regionalização, descentralização e hierarquização do SUS, com a instalação posterior de 34 DSEI's distribuídos nas diversas regiões do Brasil.

Figura 5 - Distribuição espacial dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas



Fonte: SESAI-MS, 2012.

O modelo de gestão adotado para a saúde indígena foi formulado enquanto um sistema misto em que no plano federal identificava-se o Ministério da Saúde

enquanto instância superior, por intermédio de seu órgão executivo que até 2010 era a FUNASA. A coordenação nacional de saúde indígena era realizado pelo Departamento de Saúde Indígena – DESAI, com sede na cidade de Brasília, e em cada cidade, contou-se com a colaboração de departamentos regionais, que por intermédio das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena tiveram a função de acompanhar a implantação dos DSEI's (GARNELO *et. al.*, 2003).

No plano local, os DSEI's atuavam em uma rede composta por Postos de Saúde Indígena nas aldeias, onde atuavam os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e auxiliares de enfermagem. Os Pólos-Base seriam as unidades de complexidade mais elevada, responsável pela cobertura de um conjunto de aldeias. E um terceiro espaço, denominado de Casa de Saúde do Índio (CASAI) que serviria de apoio ao tratamento de usuários indígenas que necessitavam de encaminhamento a rede de maior complexidade de referência do SUS (SANTOS *et.al.*, 2008).

Figura 6 - Organização do modelo assistencial de saúde indígena



Fonte: SESAI-MS, 2012.

Em 19 de outubro de 2010 foram assinados os decretos 7.335 e 7.336, que respectivamente, redefiniram as atribuições da FUNASA e repassaram a responsabilidade da saúde indígena ao Ministério da Saúde através da criação da Secretária de Saúde Indígena – SESAI, diretamente vinculado ao Gabinete do Ministro (FUNASA, 2011), que mantém o domínio organizacional sobre os DSEI's.

Este retorno ao Ministério da Saúde ocorreu em um período em que são crescentes os agravos à saúde entre os indígenas, com protestos e ocupação de grande parte dos DSEI's do país. Este conflito resultou em prejuízos estruturais e financeiros ao Ministério da Saúde, retenção de funcionários da SESAI e FUNASA pelos indígenas e forçou a negociação de medidas urgentes para a solução dos problemas mais graves, para que somente assim fosse feita a retirada dos indígenas nos DSEI's (CIMI, 2011)

Este momento de transição da FUNASA a SESAI ocorre em meio à insatisfação das populações indígenas com o atendimento oferecido pelo órgão anterior, bem como pelo aumento da pressão por parte das entidades indígenas organizadas para que haja melhoras nos problemas relacionados à terra e a saúde. Resta esperar os novos resultados do desenvolvimento desta forma de gestão que no momento encontra-se vivenciando a realização de diagnóstico geral da saúde indígena no Estado de Rondônia.

As dificuldades parecem ser múltiplas. As políticas e planos de saúde para indígenas devem aprimorar a coleta sistemática e padronizar as informações saúde. Os dados quando existentes ficam dispersos nas variáveis organizações que atuam na saúde indígena. As investigações sobre a situação de saúde, por vezes, não são discutidas com a população e estas não encontram espaço para apontar as necessidades. Por fim, as especificidades culturais dos povos indígenas em estudo não são consideradas (AITH, 2008).

Fundamentalmente, porém, a FUNASA/SESAI deverá modificar sua relação com os pesquisadores e sua política de confidencialidade de informações. Para este estudo a FUNASA era um ator social da maior relevância e estivemos várias vezes em contato com a Instituição. Todos os pedidos de acesso a documentos e entrevistas foram negados.

De fato, a legitimidade desta pesquisa foi questionada, afirmando-se que jamais seria aprovada pelas instâncias internas, como se a realização de um estudo científico dependesse de autorizações burocráticas. Ou seja, a FUNASA/SESAI extrapola de suas atribuições assistencialistas e incorpora a função de avaliador de mérito de projetos de pesquisa. Naturalmente, os documentos negados foram localizados em outros órgãos que seguem a lei da transparência de documentos públicos.

A desconfiança quanto aos propósitos da investigação foi expressa em diversas ocasiões. A FUNASA/SESAI parece perceber nas outras organizações que lidam com saúde indígena adversários sempre prontos a criticar suas políticas e ações. A parceria firmada para enfrentar as hepatites nos povos indígenas do Vale do Guaporé constitui-se em exceção, motivada pela denúncia do CIMI e pela intervenção do MPF.

O fato de ter mantido as informações do primeiro inquérito sob sigilo, somente revelando os dados quando foi confrontada pelas notícias da denúncia, indicam que as hepatites para a FUNASA/SESAI não era um problema de saúde a ser resolvido, mas um desafio a sua gestão a ser escamoteado. Não se contestava as hepatites, mas os números apresentados pelo CIMI. Não se negava a doença, mas as planilhas.

Ao ser pressionada pelo MPF a tomar atitudes, concordou em firmar parcerias que logo foram abandonadas, alegando deficiências estruturais e conjunturais e transferindo a responsabilidade para os usuários. Na posição de executora legal reconhecida da saúde indígena, caberia a ela o trabalho de ancorar as hepatites na interseção e nos interesses das demais instituições. Ao contrário, representou a doença como um problema sem solução, que seria esquecido ao longo do tempo.

De acordo com o relatório do DSEI Porto Velho entregue ao MPF, a busca ativa e inquérito sorológico iniciaram em 2005 com a parceria da SEMSAU de Guajará-mirim e o Laboratório Central de Rondônia. Contudo, não houve sequência de atendimento aos portadores em função da alta rotatividade de funcionários na saúde indígena. Desta forma alguns dos usuários identificados como portadores estão sendo acompanhados pela equipe do CEPEM, por benemerência.

De fato, o problema das hepatites virais em povos indígenas do Vale do Guaporé não está resolvido, mas parece esquecido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As sociedades indígenas brasileiras sofreram modificações históricas intimamente relacionadas ao desenvolvimento econômico no país. Estas modificações influenciaram drasticamente o seu modo de vida e costumes, com o desaparecimento de diversas etnias. As dificuldades econômicas e de sobrevivência que marcam tantos grupos em várias regiões não são uma característica apenas de indígenas, e sim da população como um todo. Em que pese o atendimento diferenciado de uma sociedade culturalmente diferenciada, há que se entender que todos, sem exceção, formam o chamado “povo brasileiro”, com direitos constituídos.

A questão da saúde indígena brasileira vem sendo debatida constantemente, com reivindicações dos indígenas ao governo e à sociedade nacional devido ao piora progressiva das condições de saúde e sanitárias destas populações, reconhecidamente com altos índices de morbimortalidade e pela oferta inadequada dos serviços de saúde.

A estes parâmetros de avaliação destaca-se o papel fundamental da pesquisa, enquanto determinante para elencar diretrizes e nortear ações em saúde. E para isto, as instituições públicas devem estar abertas a participar destas investigações, no intuito da busca de melhorias nas atividades ofertadas a população, visto que, estas existem fundamentalmente para assegurar os interesses coletivos.

Desta forma, não se pode deixar de registrar a falta de cooperação da FUNASA, e posteriormente, SESAI com a realização deste trabalho. Contudo, considera-se que este obstáculo foi transpassado, à medida que os documentos inicialmente negados foram localizados em outros órgãos que seguem a lei da transparência de documentos públicos, e prontamente disponibilizaram para análise necessária, material este que delineia o caráter de interseção dos múltiplos campos desta instituição.

Esta dissertação objetivou descrever o processo de reconhecimento das hepatites virais pelos atores sociais participantes do inquérito sorológico realizado entre os Wari’ de Guajará-mirim em Rondônia. Evidenciou-se a relevância deste estudo na abordagem da saúde pública, uma vez que balizado na teoria das representações sociais pôde-se delinear os fundamentos contextualizados para o

planejamento e avaliação das medidas adotadas pelas instituições responsáveis pela saúde indígena e seus efeitos sobre estas populações.

RECOMENDAÇÕES FINAIS

Identificam-se algumas situações que devem ser mais bem observadas pelas instituições envolvidas no processo: 1. ressalta-se da importância de reconhecimento social e cultural da população envolvida, para que as ações determinadas tenham efetividade para os objetivos a qual se propõem, bem como o envolvimento desta nos processos decisórios. 2. devem-se considerar os comportamentos de riscos e de prevenção, conhecimentos e crenças relacionadas à saúde, sua percepção, observando os aspectos de vulnerabilidade às questões de saúde e doença. 3. a interpretação a respeito do sentido da saúde e da doença não se reduz às informações médicas. A história da medicina demonstra de que maneira o modelo biomédico se torna também uma representação. O mesmo se faz tão predominante nesta situação, que aspectos sócio-culturais tornaram-se secundários nas ações envolvidas e, de fato, podem interferir na adesão ao tratamento. 4. alta rotatividade de profissionais para o atendimento destas populações, de fato pode dificultar o seguimento do processo, contudo, isto pode também está ligado intimamente a pouca capacitação para lidar com estas populações, o que necessita de mais investimentos por parte das instituições envolvidas. 5. é necessário criar mecanismos de avaliação contínua das atividades realizadas para identificar as mudanças de estratégias que poderão ser necessárias para a continuidade das ações, com efetiva participação de todas as instituições ligadas ao processo.

Finalmente, cabe salientar que as representações sociais orientam ações, o que é marcado pela dinâmica do processo. Isto facilita que seu estudo consiga contribuir, de modo considerável, para a construção de relações pautadas no reconhecimento das diferenças.

REFERÊNCIAS

- AITH, F. Saúde indígena no Brasil: atual quadro jurídico-administrativo do estado brasileiro e desafios para a garantia do direito à saúde da população indígena. **Rev. Direito Sanit.**, São Paulo, v. 9, n. 3, nov., 2008.
- ALEXANDRE, M. Representação Social: uma genealogia do conceito. **Revista Comum**, v. 10, n. 23, julho/dezembro, Rio de Janeiro, 2004.
- AGUIAR, J.I. *et. al.* Soroepidemiologia da febre amarela, poliomielite, sarampo e hepatite B em uma comunidade indígena da região centro-oeste do Brasil. **Rev. Paname. de Infecto.**, v. 12., n. 4, 46-49, 2010.
- BATISTA, R.S.; GOMES, A.P.; PACHECO, S.J.B.; IGREJA, R.P. Hepatites virais. *In*. BATISTA et al. **Medicina Tropical: Abordagem atual das doenças infecciosas e parasitárias**. v. II, Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2001.
- BENSABATH, G; LEÃO, R.N.Q. Epidemiologia na Amazônia brasileira. *In*: FOCACCIA, R. (org.). **Tratado de Hepatites Virais**. São Paulo: Atheneu, 2003.
- BERTOLANI, M.N; LEITE, I.C. O respeito à diferença: contribuições da Teoria das Representações Sociais para as políticas de saúde voltadas a populações indígenas. **Rev. Pol. Públ.** São Luís, v. 13, n. 2, p. 291-301, jul./dez, 2009.
- BRAGA, W.S.M. *et al.* Ocorrência de infecção pelo vírus da hepatite B (VHB) e delta (VHD) em sete grupos indígenas do Estado do Amazonas. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v.34, n.4: 349-355, jul-ago, 2001.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição [da] Republica Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- _____. Ministério da Saúde. Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar. **Procedimentos de artigos e superfícies em estabelecimentos de saúde**. 2. ed., Brasília, 1994.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.461 GM/MS de 22 de dezembro de 1999: dispões sobre a Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória. Diário Oficial da União de 23.12.1999., v.9, n.1, Informe Epidemiológico do SUS, Ministério da Saúde: Brasília, 2000.
- _____. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de Normas de Vacinação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. O sistema público de saúde brasileiro. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo, 2002. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/observatorio/arquivos/Sala299.pdf>>. Acesso em 22 de junho de 2012.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias**: Guia de Bolso. Série B: textos básicos de saúde, 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Secretária de Vigilância em Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. **Relatório de situação**: Rondônia. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Hepatites virais**: o Brasil está atento. 3 ed, Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Material instrucional para a capacitação em vigilância epidemiológica das hepatites virais. Serie A, Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/material_instrucional_hepatites_virais.pdf>. Acesso em 21 de março de 2012.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o tratamento da hepatite viral crônica B e coinfeções. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pcdt_hepatite_b_coinfeccoes.pdf>. Acesso em 23 de janeiro de 2012.

_____. Portaria nº 1.946 de 19 de julho de 2010, Institui, em todo o território nacional, o Calendário de Vacinação para os Povos Indígenas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Sessão 1, n 137, julho de 2010b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/port_calen_indigena_com_2010.pdf>. Acesso em 03 de maio de 2012.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para a hepatite viral C e coinfeções. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pcdt_hepatite_c_2011_retificado.pdf>. Acesso em 23 de janeiro de 2012.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Hepatites Virais no Brasil**: situação, ações e agenda. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, 17 (1): 77-93, 2007.

CASTELLANOS, P.L. Sobre el concepto de salud enfermedad: descripción y explicación de la situación de salud. **Bol. Epidemiológico**, v. 10, n. 4, OPS, 1990.

CESIR. Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia. s.d. Disponível em: <www.cesir.unir.br>, acesso em 22 de agosto de 2012.

CHAVES, M.de B.G.C.; CARDOSO, A.M.; ALMEIDA, C. Implementação da política de saúde indígena no Pólo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.2, pp. 295-305, 2006.

CHIZZOTTI, A. **A pesquisa em ciências humanas e sociais**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

CIMI, Conselho Indigenista Missionário. Quem somos: CIMI. Brasília (s.d.). Disponível em: <[Http://www.cimi.org.br/site/pt-br/](http://www.cimi.org.br/site/pt-br/)>. Acesso em 16 de julho de 2012.

_____. Rondônia – 12% da população indígena do Pólo-Base de Guajará-Mirim estudada é portadora do vírus da hepatite B ou C. Junho, 2007a. Disponível em:<<http://www.cimi.org.br/site/pt-br/?system=news&action=read&id=2639&page=1014>> . Acesso em 12 de julho de 2011.

_____. FUNASA discorda dos resultados da SEMUSA sobre hepatite em populações indígenas em Rondônia. Julho, 2007b. Disponível em: <<http://www.cimi.org.br/site/ptbr/?system=news&action=read&id=2661&page=1002>>. Acesso em 12 de setembro de 2011.

_____. **Desassistência na saúde indígena no Pólo-Base de Guajará-Mirim no DSEI de Porto Velho/RO** [documento de trabalho]. Maio, 2008.

_____. Hepatite B faz nova vítima em Guajará-Mirim. (Notícia), 03 de fevereiro de 2010. Disponível em: <<http://www.cimi.org.br/?system=news&action=read&id=4418&eid=355>>. Acesso em 03 de fevereiro de 2011

_____. Indígenas exigem a exoneração da coordenadora do DSEI de Porto Velho. 12 de maio de 2011. Disponível em: <<http://www.cimi.org.br/site/pt-br/index.php?system=news&action=read&id=5537>>. Acesso em 15 de julho de 2012.

CNES. Cadastro por município – Guajará-mirim. Disponível em: <cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?>. Acesso em 22 de dezembro de 2011.

CNS, Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos. 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm>. Acesso em 30 de agosto de 2012.

CONKLIN, B.A. O sistema médico Wari' (Pakaanóva). In: SANTOS, R.V.; COIMBRA Jr., C.E.A. (orgs.). **Saúde & Povos Indígenas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

CONTE, V. P. Hepatite crônica por vírus C. Parte 1. Considerações gerais. *Arq. Gastroenterol.*, São Paulo, v. 37, n. 3, jul. 2000.

COIMBRA Jr., C. E. A.; SANTOS, R. V. **Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva. n. 5, p. 125-132, 2000.

DURKHEIM, É. **Dadivisão do trabalho social.** [tradução Eduardo Brandão]. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

ESCOBAR, A.L. **Epidemiologia da tuberculose na população indígena Pakaanóva (Wari'), Estado de Rondônia, Brasil** [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.

_____. COIMBRA JR, C.E.A; CAMACHO, L.A.; PORTELA, M.C. Tuberculose em populações indígenas de Rondônia, Amazônia, Brasil. v.17, n. 2, Rio de Janeiro, **Cadernos de Saúde Pública**, 2001.

_____. COIMBRA JR. C.E.A. **Considerações sobre as condições de saúde das populações das áreas indígenas Pakaánova (Wari') e do Posto Indígena Guaporé, Rondônia** [Documento de trabalho n 1]. Rondônia: CESIR, 2001.

_____. SANTOS, R. V.; COIMBRA JR, C. E. A. Avaliação nutricional de crianças indígenas Pakaanóva (Wari'), Rondônia, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 3, n. 4, Dezembro, 2003.

FERRARI, J. O.; FERREIRA, M.U.; TANAKA, A; MIZOKAMI, M. Soroprevalência da hepatite B e C de uma população indígena da Amazônia Sul Ocidental brasileira. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** 32(3):299-302, mai-jun, 1999.

FERREIRA, S.R.S.; BRUM, J.L.R. As representações sociais e suas contribuições no campo da saúde. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, v. 21, n. esp., Porto Alegre, 2000.

FERREIRA, C. T.; SILVEIRA, T. R. da. Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 7, n. 4, dez. 2004.

FERREIRA, M. R. **A ferrovia do diabo.** São Paulo: Melhoramentos, 2005.

FERREIRA, A.; GRECA, D.; TAVARES, E.; MORIYA, Y.; SPELLING, F.; BOEIRA, M. *et al.* Soroepidemiologia de hepatite B e C em índios Kaingang do Sul do Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica.** 20 (4): 230-5, 2006.

FOCACCIA, R. **Tratado de hepatites virais.** Grupo de hepatites virais do Instituto Emilio Ribas. São Paulo: Atheneu, 2003.

FONSECA, J. C. F. da. Hepatite D. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 35, n.2, mar-abr., 2002.

_____.Histórico das hepatites virais. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 43, n. 3, jun. 2010

FOOT-HARDMAN, F. **Trem fantasma: a modernidade na selva**. Companhia de Letras: São Paulo, 1988.

FREITAS, J. Hepatites víricas: perspectiva histórica. In: Cotter J, editor convidado. Hepatites víricas. Portugal: Núcleo de Gastreenterologia dos Hospitais Distritais, 2003. Disponível em: <http://www.aidsportugal.com/hepatites/9_35.pdf>. Acesso em 12 julho 2011.

FUNAI acha garimpeiros mortos em confronto com índios. O Estadão online. 2004. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/arquivo/cidades/2004/not20040417p12735.htm>>. Acesso em 14 de julho de 2012.

_____. **Plano emergencial de proteção as terras indígenas Igarapé Ribeirão e Igarapé Lage sob a influência da UHE de Jirau, Estado de Rondônia** [versão preliminar]. Brasília, 2010.

FUNASA (Fundação Nacional de Saúde). **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas** - Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde – Brasília. 2ª edição, 2002.

_____. – 15 anos. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/biblioteca/15-anos.pdf>. Acesso em 09 de dezembro de 2010.

_____. Mensagem do Presidente da FUNASA. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br:8080/siscanot/noticias/not_2010/not.php?cod=717>. Acesso em 03 de janeiro de 2011.

GARIMPEIROS invadem Reserva Roosevelt e FUNAI teme novo confronto. **Revista Época online**, ed. 310, 29 de abril de 2004. Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EDG64047-6009,00.html>>. Acesso em 15 de julho de 2012.

GARNELO, L.; WRIGHT, R. Doenças, cura e serviços de saúde: Representações, práticas e demandas Baniwa. **Cad. Saúde Pública**. 17(2):273-284, Rio de Janeiro, 2001.

_____. MACEDO, G; BRANDÃO, L.C. **Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil**. Organização Pan-Americana de Saúde, Brasília; 2003.

_____. PONTES, A.L. (orgs.). **Saúde Indígena: Uma introdução ao tema**. Coleção Educação para Todos. Brasília: MEC-SECADI, 2012.

HAVERROTH, M. **O contexto cultural das doenças diarreicas entre os Wari', Estado de Rondônia, Brasil**. Interfaces entre antropologia e saúde pública. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2004.

HERMET, G. **Cultura e desenvolvimento**. Tradução de Vera Lúcia Mello Joscelyne. Editora Vozes: Petrópolis, 2002.

HERZLINCH, C. A problemática da Representação Social e sua utilidade no campo da doença. **PHYSYS – Revista de Saúde Coletiva**, v.1, n.2, 1991.

IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOESTATÍSTICA. Os indígenas no censo demográfico 2010: primeiras considerações com base no quito cor ou raça. Rio de Janeiro, 2012a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf>. Acesso em 22 de abril de 2012.

_____. Guajará-Mirim – RO. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=110010>>. Acesso em 22 de abril de 2012b.

ÍNDIOS Cinta Larga expulsam garimpeiros e fecham garimpo de diamantes da Reserva Roosevelt. **Jornal Eletrônico Rondoniaovivo**. Rondônia. 08 de julho de 2010. Disponível em: <<http://www.rondoniaovivo.com/news.php?news=65060>>. Acesso em 15 de julho de 2012.

ISA, Instituto Socioambiental. A tragédia mais do que anunciada na área dos índios Cinta Larga. 19 de abril de 2004. Disponível em: <<http://www.socioambiental.org/nsa/detalhe?id=1718>>. Acesso em 15 de julho de 2012.

_____. O Serviço de Proteção aos Índios. 2011a. Disponível em: <[http://pib.socioambiental.org/pt/c/politicas-indigenistas/orgao-indigenista-oficial/o-servico-de-protecao-aos-indios-\(spi\)](http://pib.socioambiental.org/pt/c/politicas-indigenistas/orgao-indigenista-oficial/o-servico-de-protecao-aos-indios-(spi))>, Acesso em 06 de Janeiro de 2011^a

_____. Wari'. 2011b. Disponível em: <<http://pib.socioambiental.org/pt/povo/wari/862>>. Acesso em 02 de janeiro de 2011b.

JODELET, D.: Représentations sociales: un domaine en expansion. In: JODELET, D. (Ed.) **Les représentations sociales**. Paris: PUF, 1989, pp. 31-61.

JODELET, D.; MADEIRA, M.C. **A AIDS e representações sociais**: à busca de sentidos. Natal: EDUFRN, 1998.

LAFER, M.M.; MORAES-PINTO, M.I.de; WECKX, L.Y. Prevalence of antibodies against hepatitis A virus among the Kuikuro and Kaiabi Indians of Xingu National Park, Brazil. **Rev. Inst. de Med. Trop.** São Paulo., v. 49, n. 3:155-157, Maio-Junho, 2007.

LEÃO, A.C.S.; AZANHA, G.; MARETTO, L.C. **Estudo socioeconômico sobre as terras e povos indígenas situados na área de influência dos empreendimentos do Rio Madeira (UHEs Jirau e Santo Antônio)**. Diagnóstico final e avaliação de impactos nas terras indígenas Karitiána, Karipuna, Lage, Ribeirão e Uru-ew-wau-wau. Brasília, dezembro de 2004.

LEITE, M.S.; SANTOS, R.V; COIMBRA JR. C.E.A. Sazonalidade e estado nutricional de populações indígenas: o caso Wari', Rondônia, Brasil. **Cad. Sau. Pub.**, v. 23, n. 11, 2007.

LEVEALL, S.; CLARK, E.G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGrawHill, 1976.

LOPES, T.G.S.L.; SCHINONI, M.I. Aspectos gerais da hepatite B. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 10, n. 3, 2011. Disponível em: <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/5899/4251>>, acesso em 10 de maio de 2012.

MEIRELES, D.M. Sugestões para uma análise comparativa da fecundidade em populações indígenas. v. 5, n 1, **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, 1988.

MOSCOVICI, S. **Psicologia Social I**. Barcelona: Paidós Ibérica, 1984.

B

_____. **A máquina de fazer Deuses**. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

MOREIRA, K.F.A. Diagnóstico local do município de Guajará-Mirim – RO. Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras – SISFRONTEIRA. Agosto, 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Diagnostico_Local_Guajara-Mirim-RO.pdf>. Acesso em 24 de abril de 2012.

NEVES, J.L. Pesquisa qualitativa – características, usos e possibilidades. **Cad. de Pesq. em Adm.** v. 1, n. 3, São Paulo: USP, 1996.

NUNES, H.M.; MONTEIRO, M.R.de C.C.; SOARES, M. do C. P. Prevalência dos marcadores sorológicos dos vírus das hepatites B e D na área indígena Apyterewa, do grupo Parakanã, Pará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(11):2756-2766, nov, 2007.

NUVEPA, Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Ambiental. **Ofício nº20/NUVEPA/VE/SEMSAU/07 de 18 de maio de 2007** [documento interno]. Guajará-Mirim, 2007.

OLIVEIRA, D.C. de. **Representações sociais e saúde pública: a subjetividade como partícipe do cotidiano em saúde**. Rev. Ciê. Hum., Florianópolis: EFUFSC, p. 47-65, 2000.

PARANÁ, R.; ALMEIDA, D. História das hepatites virais. Disponível em:<www.sbhepatologia.org.br>. Acesso em 03 de maio de 2012.

PASSOS, A.D.C. Aspectos epidemiológicos das hepatites virais. v. 36, **Revista de Medicina de Ribeirão Preto**, 2003. Disponível em:<<http://www.fmrp.usp.br/revista/>>, acesso em 05 de maio de 2012.

_____. Hepatite C: Aspectos críticos de uma epidemia silenciosa. v. 22, n. 8, **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2006.

PEDLOWSKI, M.; DALE, V.; MATRICARDI, E. A criação de áreas protegidas e os limites da conservação ambiental em Rondônia. **Ambiente e Sociedade**, ano II, n. 5, 2001.

PUTTINI, R.F.; PEREIRA Jr., A.; OLIVEIRA, L.R.de. Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. **PHYSIS - Rev. Saú. Col.**, v. 20, n.3, Rio de Janeiro, 2010.

RIBEIRO, D. **Os índios e a civilização**: a integração das populações indígenas no Brasil moderno. 5 ed., Petrópolis: Rio de Janeiro, 1986.

SÁ, C.P. de. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

_____. Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M.J. (org.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1993.

SÁ, D.R. **Malária em terras indígenas habitadas pelo Pakaánova (Wari')**, Estado de Rondônia, Brasil. Estudo epidemiológico e entomológico [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

SABROZA, P. C. **Concepções de Saúde e Doença**. Texto de Apoio ao módulo I do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: EAD, Ensp, 2001.

SALUM, M. J. L., BERTOLOZZI, M. R., OLIVEIRA, M. A. de C. **O coletivo como objeto do conhecimento e da prática de enfermagem**: as continuidades descontinuidades da história. São Paulo, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1998.

SANCOVSCHI, B. Sobre a noção de representação em S. Moscovici e F. Varela. **Psicol. Soc.** v. 19, n. 2, Porto Alegre, 2007.

SANTOS, R.V. *et. al.* Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil. In: GIOVANELLA, L. *et. al.* (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 1 ed, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

SCILIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>>, acesso em 28 de agosto de 2012.

SESAI-MS, Ministério da Saúde. Mapa dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor area.cfm?id_area= 1744](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor%20area.cfm?id_area=1744)>, acesso em 22 de agosto de 2012a.

_____. Organização do DSEI e modelo assistencial. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area= 1744](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1744)>, acesso em 22 de agosto de 2012b.

SESMG, Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. Superintendência de Epidemiologia. **Guia Estadual de Orientações Técnicas das Hepatites Virais**. Minas Gerais, 2007.

SILVA, G. R. As origens da medicina preventiva como disciplina do ensino médico. **Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. USP**, v.28, p.91-4, 1979.

SILVA JR, J.B. da; FIGUEIREDO, G.M. Hepatite como problema de saúde pública: o Brasil está atento. Hepatite e saúde pública. **Gaz Méd. Bahi**, Suplemento 1:S2-S4, 2006.

SINAN-NET. Hepatites virais: casos confirmados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN NET. Casos confirmados segundo classe etiológica, ano: 2011. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/tabnet?sinannet/hepatitesvirais/bases/hepabrnet.def>>, acesso em 02 de setembro de 2012.

SOUZA, M.M.O. de. Entre a ferrovia do diabo e o trem fantasma: uma viagem pela história da Estrada de Ferro Madeira-Mamoré. **Campo Território: Rev. de Ge. Agr.**, v. 5, n.9, fevereiro, 2010

SOUZA FILHO, E. A. Metodologia de estudos de Representações Sociais: o papel da entrevista. In: HUTZ, C.S. (org): 2º Simpósio Brasileiro de Pesquisa e Intercâmbio Científico da Anpepp (Anais, pag. 315-318). Rio de Janeiro: Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia, 1989.

_____. Análise de Representações Sociais. In: SPINK, M.J. (org.). **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1993.

SVS, Secretaria de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. A história da vacinação. Disponível em: <http://189.28.128.179:8080/svs_informa/edicao-especial-imunizacoes/linha-do-tempo>. Acesso em 06 de maio de 2012.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**. 39(3)507-14, 2005.

UPE, Universidade de Pernambuco. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. **Estudo de Prevalência de base populacional das infecções pelos vírus das hepatites A, B e C nas capitais do Brasil**. Brasil, 2010.

VILAÇA, A. **Comendo como Gente: Formas do Canibalismo Wari'** (Pakaa Nova), Rio de Janeiro: ANPOCS/ Editora da UFRJ. 1992.

_____. Fazendo corpos: reflexões sobre morte e canibalismo entre os Wari' à luz do perspectivismo. **Rev. Antropol.** São Paulo, v. 41, n. 1, 1998. Acessado em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-77011998000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 agosto de 2011.

_____. Indivíduos celestes: cristianismo e parentesco em um grupo nativo da Amazônia. **Relig. soc.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, Julho, 2007.

XAVIER, R. Representação social e ideologia: conceitos intercambiáveis?. **Psicologia & Sociedade**. 14 (2), julho-dezembro, 2002, p 27.

(ANEXO 1)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AO PARTICIPANTE

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: **“Trajeto histórico do reconhecimento das hepatites na população Wari’, Guajará-Mirim, Rondônia”**, sob execução do(a) pesquisador(a) **Rosana Ramalho Feitosa** e sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) **Prof. Ari Miguel Teixeira Ott da UNIR – Universidade Federal de Rondônia (Curso de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente)**. O motivo principal que nos leva a estudar o reconhecimento das hepatites na população Wari’ é a ocorrência de números de casos da doença nestas populações. A pesquisa se justifica, pois a facilidade de transmissão da doença e o tratamento adequado oferecido pelas instituições interferem diretamente na manutenção das condições de saúde dos índios Wari’. O objetivo desse projeto é descrever o processo histórico vivenciado pelas pessoas e instituições envolvidas nos inquéritos de pesquisa para descobrir o número de casos da doença, visto se tratar de doença grave e de difícil tratamento. Os procedimentos de coleta de material serão da seguinte forma: análises de documentos que tratam do assunto e gravação de entrevistas realizadas com os participantes, com utilização de gravador de voz digital.

DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS: Existe um desconforto e risco mínimo para você que se submeter à entrevista para a utilização de gravação de voz, sendo que este se justifica para que o pesquisador possa manter de forma fiel as informações da entrevista. Não há benefícios diretos ao participante.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: Para caso você tenha qualquer dúvida sobre esta pesquisa, o pesquisador se coloca a inteira disposição para prestar quaisquer esclarecimento nos números (69) 8115-8306, 2182-2120, ou pelo e-mail: rosa.feitosa@gmail.com, ou ainda na sede do Curso de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente, no campus da Universidade Federal de Rondônia, situado a BR 364, Km 09 em Porto Velho, Rondônia.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade. Você é livre para ter acesso em qualquer tempo aos resultados parcial ou final desta pesquisa.

O(s) pesquisador(es) irá(ão) tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados das análises de entrevistas serão enviados para você, caso desejar. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Curso de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente da Universidade Federal de Rondônia, situada a BR-364, Km 09, Porto Velho, onde você também poderá localizar o pesquisador quando desejar.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO E RESSARCIMENTO: A participação no estudo não acarretará custos para você, bem como você também não receberá compensações financeiras. Se existir qualquer despesa adicional ela será absorvida pela pesquisa.

DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELA

PARTICIPANTE:

Eu, _____, fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer

momento poderei solicitar novas informações e **modificar** minha decisão se assim o desejar. A Pesquisadora e o orientador responsáveis certificaram-me de que todos os dados pessoais serão confidenciais.

Em caso de dúvidas poderei chamar a pesquisadora e orientador no telefone 8115-8306. Ou mesmo consultar o Comitê de Ética da UNIR, localizado na BR 364, km 9 em Porto Velho. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

...../...../.....		
Nome do Pesquisador/Fone()	Assinatura	Data
...../...../.....		
Nome do Pesquisador/Fone()	Assinatura	Data
...../...../.....		
Nome do Pesquisador/Fone()	Assinatura	Data

(ANEXO 2)
Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

**Fundação Universidade
Federal de Rondônia – UNIR**



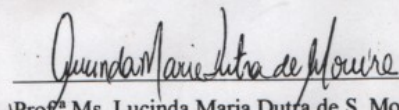
Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Saúde – CEP/NUSAU

Porto Velho, 08 de junho de 2012
Carta 015/2012/CEP/NUSAU
Da: Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Para: Rosana Ramalho Feitosa
Assunto: Parecer Ético

Informo-lhe que o projeto de pesquisa de sua autoria "*Trajetória histórica do reconhecimento das hepatites na população indígena Wari', Guajará Mirim, Rondônia*" **foi aprovado** em reunião do Comitê de Ética realizada em 08/05/2012. Por consequência, o estudo poderá ser imediatamente iniciado.

Outrossim, esclareço ainda que este Comitê deve ser informado do andamento da investigação, bem como receber cópia do relatório final em meio digital, quando de sua conclusão.

Atenciosamente,


Prof.^a Ms. Lucinda Maria Dutra de S. Moreira
Coordenadora/Portaria 260 GR/2010
Prof. Ms. Lucinda M. Dutra de S. Moreira
Comitê de Ética em Pesquisa NUSAU/UNIR
Ord. Port. 260/GR/2010

